

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

139

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J. PILVEN

Né à Landivisiau (Finistère), le 29 avril 1886

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

A PROPOS DE DIVERSES OBSERVATIONS

Président : M. C. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (v^{ie})

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

139

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J. PILVEN

Né à Landivisian (Finistère), le 29 avril 1886

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

A PROPOS DE DIVERSES OBSERVATIONS

Président : M. C. ACHARD, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

—
1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
Clinique médicale	ROGER
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale	HUTINEL
Clinique ophtalmologique	GILBERT BALLEI
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER
Clinique d'accouchements	DEJERINE
Clinique gynécologique	DELBET
Clinique chirurgicale infantile	QUENU
Clinique thérapeutique	RECLUS
	SEGOND
	DELAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR PILVEN

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AU DOCTEUR JAGOT

Directeur de l'École de Médecine d'Angers

Professeur de Clinique médicale

Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il soit remercié de la bienveillance qu'il sut toujours me témoigner.

AU PROFESSEUR MONTPROFIT

Député de Maine-et-Loire

Professeur de Clinique chirurgicale

Je le remercie de l'attention affectueuse qu'il m'accorda toujours. Je lui dois mes connaissances chirurgicales.

AU PROFESSEUR MOTAIS

Professeur de Clinique ophtalmologique

Chevalier de la Légion d'honneur

Je lui garde une grande reconnaissance de ses savantes leçons et des bons moments passés dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENÉCHAU

Professeur suppléant de Clinique médicale

Qui m'a aidé dans la préparation de cette thèse. Qu'il agrée mon souvenir affectueusement dévoué.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN

Professeur à l'École de Médecine d'Angers

Médecin des Hôpitaux

Je le remercie bien cordialement de ses leçons à l'École de Médecine, et dans son service des contagieux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAREAU

Professeur à l'École de Médecine d'Angers

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Médecin accoucheur à l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT

Professeur de Pathologie interne

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR TURLAIS

Professeur à l'École de Médecine

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX D'ANGERS

MESSIEURS LES DOCTEURS COCARD

MAUGOURD, MARTIN, CHARRIER.

TESSON, SPILLMANN, ROGUET

GAUGAIN, BRIN

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

MONSIEUR LE DOCTEUR LEBEC

Chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Joseph

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRAND

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

*Bon et cordial souvenir des
bons moments de salle de garde.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH A PARIS

A MESDAMES LES SŒURS
DE SAINT-VINCENT DE PAUL
DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

Bien respectueux souvenir.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

FIEVRE TYPHOIDE

A PROPOS DE DIVERSES OBSERVATIONS

INTRODUCTION ET HISTOIRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

A PROPOS DE DIVERSES OBSERVATIONS

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La fièvre typhoïde, reconnue déjà au ^{xvii}e siècle par les cliniciens sous le nom de fièvre lente nerveuse, de fièvre putride ou pétéchiiale, fut analysée en 1815 par Serres et Petit, puis par Bretonneau en 1820, qui localisa le siège de la maladie dans les glandes de Peyer ou de Brunner, et lui donna le nom de dothiënenterie.

Louis, en 1829, fixa sur des bases inébranlables l'étude anatomo-clinique de la fièvre typhoïde, que Trousseau et Chomel, Jenner, Griesinger, Murchison, Liebermeister développèrent dans la suite.

L'exactitude des recherches de Louis sur la localisation intestinale des lésions de la fièvre typhoïde fut discutée, niée par de nombreux auteurs, et dut subir les assauts de la critique.

Il en résulta, pendant longtemps, une confusion entre le typhus et la fièvre typhoïde, et il ne fallut

rien moins que les travaux de Gerhardt et Pennock, de Valleix, Rochoux, Jenner, pour détruire cette erreur.

Actuellement, la fièvre typhoïde est une entité morbide bien connue et bien classée, et les cliniciens la retrouvent aujourd'hui comme surent si parfaitement la décrire les Petit, les Louis, les Bretonneau.

Cependant, il ressort des faits nombreux jadis signalés par Chantemesse et Widal, Gilbert et Girode, Winberg, des publications apportées à la Société médicale des Hôpitaux de Paris par Bezançon et Philibert, Sacquepée, Sergent, Gouget, Trémolières et Touraine, Pissavy, Caussade, Laignel-Lavastine, et enfin des observations présentées par MM. Achard, Barjou et Lesieur, Barié et Lian, Chauffard, Sézary, Audibert, dans divers organes médicaux, que la fièvre typhoïde subit une revision qui tend à la faire sortir du cadre trop étroit qui lui fut accordé primitivement.

Ces auteurs citent de nombreux exemples d'infection par le bacille d'Eberth, qui, ce germe excepté, n'eurent aucun point commun avec la dothiéntérie.

Nous avons eu l'occasion, pendant nos années d'internat, de constater et de suivre des faits analogues avec nos maîtres MM. les D^{rs} Jagot, Papin et Denéchau, et sous l'inspiration de l'un d'eux, nous avons cru intéressant de les rapporter, de les comparer avec ceux des auteurs plus haut cités, de les opposer aux formes classiques de fièvre typhoïde

que nous avons pu observer. Ce travail, basé sur des observations, n'a d'autre prétention qu'une interprétation un peu spéciale de faits cliniques par nous observés, et nous le diviserons en deux parties. Dans la première, nous présenterons les faits d'infection par le bacille d'Eberth, à symptomatologie variée, dont nous possédons les observations ; dans la seconde partie, nous tenterons un classement de ces faits cliniques, et nous en déduirons une conclusion : la notion des états éberthiens.

CHAPITRE PREMIER

FORMES REVÊTUES PAR LES FIÈVRES TYPHOÏDES PAR NOUS ÉTUDIÉES

Formes normales et formes modifiées

La forme classique de la typhoïde, celle que nous pouvons appeler subaiguë, à localisation intestinale, reste encore la forme la plus commune, celle que retrouve journellement le praticien et qu'il diagnostique aisément, à l'aide de la clinique seule.

Il est inutile que nous en rappelions l'évolution, et nous dirons l'avoir constatée dans plusieurs de nos observations personnelles, avec ses différentes périodes : d'incubation, plus ou moins longue, variant de dix à vingt jours comme le dit Murchison ; d'invasion, généralement marquée par la céphalée, l'anorexie et l'insomnie ; d'état, qui correspond au plateau de la courbe de température décrite par Wunderlich ; enfin de défervescence, concordant avec la disparition des symptômes observés au cours de la maladie : grosse rate, taches rosées, diarrhée,

phénomènes nerveux, et se produisant par une chute brusque de la fièvre (1) ou lentement, en lysis (2).

Cependant, il nous faut remarquer que si certaines de nos observations revêtirent cette forme qu'on peut appeler classique, certaines autres présentèrent une tenue générale s'en rapprochant seulement. Nous ne vîmes pas beaucoup d'ascensions thermiques dépassant 40 degrés et s'y maintenant, et il nous sembla que si la fièvre suivit toujours ses oscillations ascendantes, stationnaires, puis décroissantes, elle atteignit moins volontiers les maxima que l'on peut attendre au moment de la période d'état. Il nous sembla, de même, que nos typhiques baignés ou traités par les enveloppements humides, conservèrent leur lucidité ou ne présentèrent qu'une stupeur atténuée. De même, les phénomènes digestifs furent moins intenses. La diarrhée fut souvent bénigne ou passagère, et les symptômes intestinaux ne prirent presque jamais l'intensité qui leur fit acquérir la première place dans le syndrome dothiénentérique.

Dans l'épidémie que nous observâmes dans le service de notre maître le Dr Papin, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, 4 malades seulement, sur 12, eurent une diarrhée suffisante pour qu'on pût la noter comme symptôme bien caractérisé de leur fièvre typhoïde, et si l'augmentation de volume de la rate s'observa

1. Observation XIV. Chute brusque de la température.

2. Observation. Chute en lysis de la température.

DATE

Mois de Juin Juillet

Jours de la maladie

Respir. Pulsat. Tempér.

75 170 42°

70 160 41°

65 150 41°

60 140 40°

55 130 40°

50 120 39°

45 110 39°

40 100 38°

35 90 38°

30 80 37°

25 70 37°

20 60 36°

15 50 36°

10 40 35°

35°

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

généralement chez presque tous nos typhiques normaux, elle fut ordinairement peu considérable. Par contre, les taches rosées lenticulaires, apparues vers le huitième jour de l'infection, furent exceptionnellement nombreuses, au point de figurer une véritable éruption.

Malgré ces légères modifications ou atténuation des symptômes, il nous semble juste de considérer ces fièvres typhoïdes comme des formes classiques ou normales.

Mais toutes ne suivirent pas cette allure, et certaines autres, nombreuses, qu'il nous fut également donné d'observer, ne peuvent cadrer avec la description clinique que nous venons de faire, et doivent être cataloguées à part. Nous les décrirons en les rapprochant de faits analogues glanés dans la littérature médicale.

Formes de fièvre typhoïde à évolution modifiée

Nous avons vu, tout d'abord, un certain nombre de fièvres typhoïdes présenter un mode de début remarquable, et à ce propos nous signalons quatre observations communiquées par nos maîtres les D^{rs} Jagot et Denéchau, qui se caractérisèrent par un début extrêmement brutal (1). Ce mode de début,

1. Observations de fièvre typhoïde à étiologie ostréenne : XXVIII, XXIX, XXX, XXXII, communiquées par les D^{rs} Jagot et Denéchau.

supprimant toute période d'invasion, saisit brusquement un individu que de vagues prodromes avaient averti. C'est le cas de plusieurs de nos malades qui, après quelques jours de vagues troubles digestifs, de céphalée légère, furent terrassés par une température de 40 degrés et firent dans la suite une typhoïde bénigne dans 3 cas, grave dans 2 autres, mortel dans un dernier, que le séro-diagnostic permit de diagnostiquer de bonne heure.

Faut-il, dans l'occurrence, incriminer une étiologie spéciale, ostréenne ? C'est possible. En tout cas, il y eut suppression de toute période d'invasion avec ascension progressive de la température, et établissement d'une fièvre subite, atteignant d'emblée le maximum, pour évoluer normalement ensuite.

Widal, Hirtz, Parmentier, Rendu, Moutard-Martin, Siredey, signalent un certain nombre de cas semblables. Vincent en a constaté quelques-uns en Algérie chez des débilités paludéens, mais la typhoïde à début brutal demeure quand même une rareté clinique chez l'adulte, lorsqu'il est prouvé qu'aucune affection spécialisée n'est venue se surajouter à la fièvre typhoïde, et qu'il ne s'agit aucunement de pneumo ou pleuro-typhus, capable, comme on le sait, de produire les mêmes phénomènes de début. Il n'en est pas ainsi chez l'enfant et Cadet de Gassicourt décrit ce fait d'un enfant pris tout à coup, sans aucun prodrome, de vomissements et de fièvre, qui atteint rapidement son fastigium, ce qui est une exception à la loi de Wunderlich. Griesinger a

observé 40 degrés chez un enfant le deuxième jour, Roger 40°2 le premier jour.

Il est une variété de début brutal qui, affectant une forme particulière, permet au diagnostic de s'égarer jusqu'à ce qu'une évolution nouvelle et nettement typhique cette fois, le redresse. C'est le début angineux rappelé par Brelet (1). Chez l'enfant se déclare une angine rouge et pultacée, qui fait penser immédiatement à la scarlatine et s'accompagne de température élevée, sans que rien rappelle la fièvre typhoïde dont les symptômes n'apparaîtront que plus tard.

Parfois, il s'agit de symptômes méningés qui deviennent les premiers phénomènes perçus, soudainement apparus chez l'enfant, succédant à une période d'incubation plus ou moins prolongée chez l'adulte. Nous possédons une observation remarquable de ce genre, celle d'une malade (2) qui vint de la ville avec un diagnostic catégorique de méningite cérébro-spinale. L'évolution de cette malade fut, il est vrai, spéciale, car elle guérit sans présenter jamais le syndrome typhoïdique, et la ponction lombaire, le séro-diagnostic et l'hémoculture permirent d'évincer, pourtant avec certitude, toute autre infection.

Nous avons trouvé de nombreux exemples de fièvre typhoïde avec réaction méningée du début, dans les diverses publications médicales, et il serait

1. Parelet, article de *la Gazette des Hôpitaux*, 4 mars 1912.

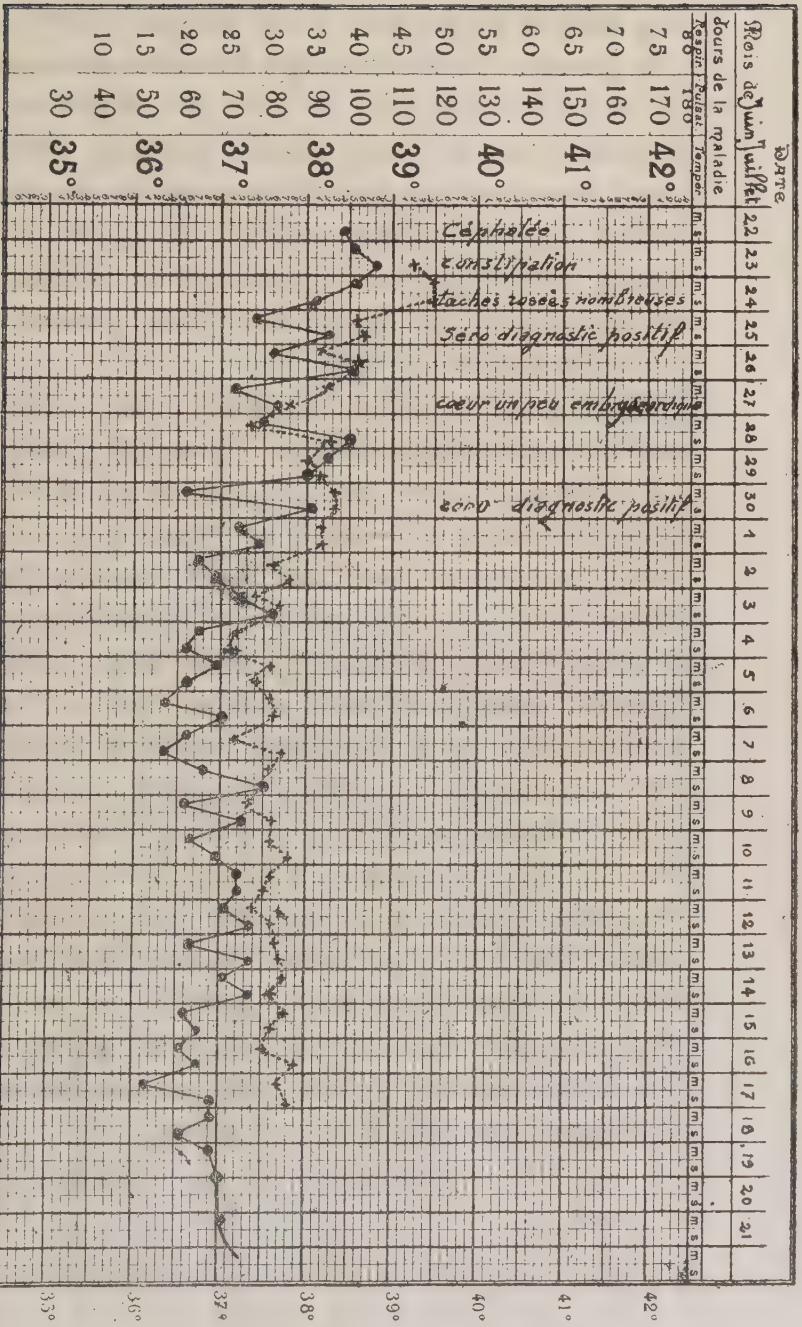
2. Observation I, personnelle.

trop long de les rappeler tous, quelque intérêt que cela présente. Ils furent l'objet de nombreuses communications à la Société médicale des Hôpitaux de Paris de la part de Collet, Lesieur, Galliard, Trémolières, Touraine. Lereboullet cite même le cas d'une malade qui fut soignée pendant dix jours pour angine, et offrit plus tard le tableau d'une méningite cérébro-spinale que suivit une fièvre typhoïde à évolution normale.

D'autres cas présentent un aspect tout différent, mais non moins embarrassant. Un malade, traité à l'Hôtel-Dieu d'Angers, fut pris chez lui de troubles digestifs violents et répétés. Il vomit, son ventre devint douloureux avec maximum dans la fosse iliaque droite, et le diagnostic d'appendicite s'imposa. Le chirurgien appelé s'abstint heureusement, car une typhoïde classique et grave s'établit bientôt. Sans nous étendre sur le diagnostic peut-être possible entre cette pseudo-appendicite typhique et l'appendicite véritable, nous dirons qu'il est ordinairement extrêmement difficile, d'autant plus que les symptômes correspondent parfois à de véritables lésions typho-appendiculaires. François (1) a relaté plusieurs observations dans lesquelles les symptômes appendiculaires n'ayant pas cédé, un chirurgien dut intervenir et trouva, dans un cas, une collection purulente autour de l'appendice.

Il nous faut encore signaler les observations d'en-

1. François, *Appendicite et typhoïde*. Thèse de Paris, 1904.



fants ou d'adultes (1) commençant leur fièvre typhoïde par un torticolis avec fièvre élevée. Mineff (2) fit sa thèse sur ce sujet. Nobécourt et Paiseau signalent le fait, et l'expliquent par une arthrite séreuse des articulations vertébrales, bien différente du torticolis qui, joint à d'autres phénomènes nerveux, indique à la période d'état une réaction méningée ou une myosite typhique.

Nous ne possédons pas d'observation personnelle d'ictère primitif éberthien, mais les publications faites à ce sujet sont innombrables et acquièrent une importance d'autant plus grande, que des travaux récents sur le rôle filtrant du foie, que démontrent Forster, Kayser, Dorr, Widal, permettent de comprendre la réaction plus ou moins intense de cet organe au passage des bacilles du sang. Gilbert, Sacquepée et Frass démontrent l'existence d'ictères infectieux éberthiens. Achard, Laignel Lavastine, Savy et Delachenal citent des observations de malades chez lesquels l'attention fut attirée, d'abord par un ictère simple catarrhal ou grave, dès le début, et qui firent ensuite une dothiènerie par ensemencement intestinal dû à la bile infectée. Dans à peu près toutes nos observations, nous avons noté une vive et précoce réaction du côté du foie qui s'hypertrophia souvent beaucoup, et qui devint sensible à la palpation.

1. Observation I, personnelle.

2. *Début de la typhoïde par torticolis*. Thèse de Paris, 1910.

Ce serait aussi en tant qu'organes filtrant les bacilles du sang, que les reins peuvent être lésés dans la fièvre typhoïde, et c'est pour cela que l'on voit un syndrome néphrétique évoluer seul au début, les symptômes typhiques y succédant tardivement. Les observations de ce genre sont peut-être moins communes que celles d'ictère primitif éberthien, mais nous en possédons un bel exemple (1):

Une jeune femme se plaignant, depuis un certain temps, de vagues douleurs lombaires, de céphalée, d'œdème passager du visage, présente subitement une poussée brusque de température à 40°2, et entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers avec des symptômes de néphrite aiguë, frissons, violentes douleurs lombaires, albumine, cylindres hématiques et hyalins dans les urines, et hématuries abondantes et répétées. Le séro-diagnostic permet de faire un diagnostic précoce avant que les symptômes dothiénenteriques ne s'établissent. Lesieur (2), Politzer, Pissavy (3), citent des cas à peu près semblables de malades qui présentèrent, au début, des phénomènes de néphrite aiguë, et dont le diagnostic ne fut posé que par la constatation des symptômes secondaires de fièvre typhoïde, ou par la notion d'épidémicité et le séro-diagnostic positif.

Dans certains cas, ce sont des lésions pulmonaires

1. Observation IV. *Fièvre typhoïde ayant débuté par des symptômes de néphrite aiguë.*

2. Lesieur, Société méd. des Hôp. de Paris, 2 février 1911.

3. Pissavy, *Presse médicale*, 7 déc. 1910.

ou pleurales qui ouvrent la scène. Il en est ainsi d'une fillette (1) qu'il nous fut donné de soigner dans le service des contagieux, en juin 1911. Elle présenta une bronchite aiguë grave du début et, sans les commémoratifs que nous possédions, sans la notion d'épidémicité, nous n'eussions pas immédiatement pensé à une fièvre typhoïde. Ce cas, sous le nom de broncho-typhus, peut être rapproché des pneumo et pleuro-typhus dont le début, nous l'avons dit, est généralement brutal, et où les symptômes fonctionnels et physiques : dyspnée, point de côté, toux, laissent penser à autre chose qu'à la fièvre typhoïde. Sans nous arrêter à discuter la nature de ces accidents qui ont donné lieu aux plus vives discussions, nous dirons cependant que certains, comme Gerhardt, Lépine, Grasset, voient dans le processus pulmonaire initial un accident de même nature que les accidents intestinaux, un accident typhoïdique vrai, tandis que de Marignac et Castex n'y voient qu'une maladie surajoutée.

Ayant étudié les cas fréquents dans lesquels la fièvre typhoïde ne prend que tardivement son allure clinique spéciale, nous ferons remarquer que, bien souvent, c'est une fois le diagnostic posé que se produisent les complications, les localisations prédominantes de l'infection, capables parfois, si nous n'avions pas le secours du laboratoire, de nous faire abandonner le diagnostic primitif. Nous avons signalé le

1. Observation XX.

cas d'une de nos malades (1) qui garda pendant toute la durée de sa fièvre typhoïde une bronchite aiguë avec congestion des deux bases, qui attira sur elle toute l'attention aux dépens des autres symptômes.

Parfois, chez un malade qui semble évoluer normalement, se produit soudain une aggravation d'un symptôme jusqu'alors léger, et c'est ainsi que nous voyons prendre un caractère exceptionnellement grave à la diarrhée chez une de nos malades (2), qui peu avant de mourir eut des selles extrêmement fréquentes et involontaires. D'autres fois, c'est dans le rein qu'il faut chercher l'organe le plus atteint. Nous avons dit les néphrites primitives, ajoutons quelques mots sur les néphrites secondaires, capables d'aggraver considérablement le pronostic. Chez quatre de nos malades (3), l'albuminurie devint en pleine période d'état considérable, et le volume des urines tomba soudain à environ 200 grammes par jour, avec œdème des jambes, bouffissure du visage, bruit de galop léger et vives douleurs lombaires.

Le cœur est, lui aussi, loin d'être à l'abri des atteintes infectieuses, et ce peut-être lui qui, parfois, prend dans l'ensemble des organes malades la première place. Mais, bien souvent, il semble que le cœur, loin d'être atteint en raison directe de la gra-

1. Observation XX.

2. Observation XVII.

3. Observations VI, IX, XV, XVII.

vité de l'état général, localise sur lui toute la puissance morbide de la typhoïde (1). La myocardite peut indiquer à elle seule la rechute, comme cela se produisit chez une de nos malades, ou venir soudain aggraver une affection légère. Dans l'épidémie de la salle Saint-Roch (2), l'infection éberthienne ne se traduisit chez deux de nos malades (3) que par un assourdissement du premier bruit à la base du cœur, alors que tous les autres symptômes de fièvre typhoïde manquaient et que la température ne dépassa jamais 38 degrés. Encore le fit-elle pendant trois jours seulement. Cette prédilection de la typhoïde pour le cœur semble bien prouvée encore par la mort subite au cours des formes subaiguës de cette affection, que Hayem explique par une myocardite évoluant sournoisement sans accompagnement d'autres symptômes.

Signalons, enfin, pour terminer l'étude des formes à prédominance d'un symptôme pendant la période d'état, celles dans lesquelles le système nerveux semble être presque exclusivement atteint. Nous avons noté, dans quelques-unes de nos observations, une stupeur, un abattement extraordinaire dès le premier jour de l'arrivée des malades à l'hôpital, et les phénomènes nerveux ne s'accompagnèrent pas de symptômes accessoires graves. Il est possible

1. Observation I.

2. Observations de VII à XVIII.

3. Observations X, XIV.

d'expliquer cette localisation spéciale par des prédispositions héréditaires ou acquises, comme le démontre l'observation d'Audibert (1), dans laquelle il cite le cas d'un malade qui se logea jadis une balle dans la tête, et chez qui se déclara plus tard une fièvre typhoïde avec accidents nerveux graves.

Abordons maintenant les formes de fièvres typhoïdes, qui, après avoir évolué normalement pendant leurs trois premiers septénaires, voient soudain se modifier complètement leur marche régulière à leur période de déclin. Une de nos malades (2), après avoir présenté une typhoïde grave, vit sa température tomber à la normale après trente jours de maladie, avec amélioration considérable de l'état général. Au bout de quatre jours de cet état, soudain le thermomètre remonta brusquement à 39 et 40 degrés, le cœur faiblit à nouveau et les symptômes revêtirent un caractère plus grave encore que précédemment, en même temps que se manifestait une fugace éruption scarlatiniforme. Cette rechute dura treize jours, accompagnée de douleurs musculaires violentes et le séro-diagnostic tenté à cette période fournit une agglutination rapide. Nous avons une seconde observation de rechute à peu près analogue (3) se manifestant par une brusque élévation de la température après huit jours d'apyrexie.

1. Audibert, *le Processus éberthien*.

2. Observation XII.

3. Observation XI.

Tout différent se présente cet autre cas (1). Il s'agit d'une malade qui fit une typhoïde à forme exclusivement méningée, sans un seul autre symptôme, et chez laquelle le diagnostic ne put se faire que par le séro-diagnostic. Au bout d'une convalescence de quatorze jours, la température monta soudain à 39°1, le cœur faiblit brusquement, présentant de l'assourdissement de ses bruits, de l'embryocardie, et battant à 120 pulsations. Plusieurs petites syncopes se produisirent, et l'on constata une splénomégalie légère, un foie débordant et sensible, et quelques râles de bronchite disséminés. La température revint en sept jours à la normale, l'état général se releva rapidement et le cœur peu à peu reprit sa régularité, gardant longtemps cependant un souffle extracardiaque à la pointe. Il semble qu'il s'agisse, dans ce cas, non d'une rechute, qui d'après Jaccoud ne se produit guère après dix jours, mais plutôt d'un syndrome d'infection secondaire ou de réinfection due à une persistance des bacilles dans l'économie, recouvrant leur virulence pour une cause inconnue et amenant des phénomènes qui furent, dans ce cas particulier, d'une exceptionnelle gravité. Signalons encore les formes remarquables (2) qu'il nous fut donné d'étudier dans la clientèle de notre père, et qui se marquèrent par des phénomènes phlébitiques intenses chez quatre malades d'une même famille. Le

1. Observation I.

2. Observations XXIV, XXV, XXVI, XXVII.

premier atteint, un jeune soldat de vingt et un ans, présenta un œdème léger avec douleur des malléoles de la jambe droite, puis offrit subitement des signes de congestion aiguë du poumon avec point de côté violent, crachats hémoptoïques, et enfin tous les symptômes d'une embolie pulmonaire. Un foyer gangreneux se produisit, causant une abondante expectoration purulente et fétide, et le malade guérit dans la huitième semaine.

Pendant ce temps, une de ses sœurs âgée de vingt ans tombait malade, et vers le dixième jour mourait subitement de myocardite aiguë, pendant que successivement s'alitaient un jeune homme de vingt-cinq ans, un autre de treize ans et une jeune fille de dix-sept ans, qui firent des fièvres typhoïdes à marche régulière et à symptômes caractéristiques, avec chez tous apparition, en période d'état, d'une phlegmasia alba dolens considérable du membre inférieur droit.

Hutinel et Colin, ont signalé le caractère épidémique qu'offre parfois la phlébite typhique, mais ces observations nous ont semblé devoir être signalées non seulement pour la similitude de leurs accidents, mais parce que les phlébites n'y furent pas des accidents de convalescence se produisant dix à quinze jours après la disparition de la fièvre, mais des accidents de la période d'état.

Nous devons à notre maître, le professeur Jagot, quatre observations (1) extrêmement intéressantes

1. Observations XIX, XX, XXI, XXII.

d'infection osseuse ou périostée secondaire à des fièvres typhoïdes. Il s'agit de personnes qui virent se déclarer chez elles, pendant leur convalescence ou longtemps après, une infection à allure typique, des abcès d'origine osseuse localisés au tibia ou au thorax, et dont le pus cultivé permit de découvrir le bacille d'Eberth.

Nous rapprocherons de ces observations celle que publia M. Bisselik (1), et dans laquelle il décrit un abcès de la sixième côte droite survenu sans raisons chez un homme de cinquante et un ans, qui, dix-huit ans auparavant fit une typhoïde, et nous signalerons les analogies qu'il faut voir entre cette complication de la fièvre typhoïde et les orchites, thyroïdites, parotidites, qui, pour ne pas être très fréquentes, sont cependant toujours à redouter et peuvent se développer comme l'ostéite, à très longue échéance.

Voilà, terminé, un aperçu général des faits qu'il nous a été donné de constater et qui, s'écartant de la forme classique, ne sont déjà plus de la fièvre typhoïde classique, mais des formes de cette typhoïde.

Nous allons maintenant présenter quelques observations dans lesquelles, rien, sans le secours du laboratoire, n'eut autorisé un diagnostic de fièvre typhoïde, et c'est ce qui fera l'objet de notre second chapitre.

1. Bisselik, *Semaine médicale*, 22 août 1909.

CHAPITRE II

FIÈVRES TYPHOIDES A LOCALISATION UNIQUE

Le 13 janvier 1912, entre à la salle Saint-Paul le nommé J. G... âgé de quarante-trois ans, jardinier (1), sans antécédents personnels ou héréditaires intéressants. Il fut pris le 20 décembre 1911, après une journée de travail, sous la pluie, de frissons violents avec céphalée, qui s'accrurent les jours suivants, compliqués d'insomnie, d'asthénie générale et d'anorexie absolue.

A partir du 3 janvier 1912, apparaît une diarrhée qu'aucun écart de régime n'explique et qui, accompagnée de douleurs abdominales généralisées, se répète trente à quarante fois par jour. Ces selles sont liquides, de couleur variée : jaunes, vertes ou noires, glaireuses et sanguinolentes, souvent involontaires. Elles entraînent un amaigrissement considérable du malade qui doit entrer à l'hôpital le 15 janvier, ayant perdu 24 kilogrammes, ne se nourrissant depuis quelques jours que de lait sucré et calmant sa soif, extrêmement vive, par l'absorption d'eau. Nous

1. Observation II.

examinons le malade à son arrivée ; il est amaigri, la peau présente une teinte brune et quelques fuliginosités recouvrent les lèvres ; la gorge et les narines sont sèches. Malgré une température de 39 degrés, le malade ne présente aucune torpeur, aucun délire.

Son intelligence est éveillée, et il répond parfaitement aux questions que nous lui posons. L'appareil respiratoire est normal, les bruits du cœur sont réguliers, la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, dans la ligne mamelonnaire, le pouls, faible, bat à 90 pulsations. L'examen de l'appareil digestif nous montre une langue rouge un peu sèche, le ventre est rétracté en bateau, et offre une résistance pâteuse à la palpation. Le gros intestin dilaté dans toutes ses portions gargouille ; le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et est sensible, la matité de la rate est de 10 centimètres de hauteur. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, la réflectivité est normale. Cependant les selles, accompagnées de ténésme, continuent à se répéter quinze à vingt fois par jour, toujours sereuses, fétides, « lavure de chair » et présentant des particules de caséum. Le malade ne prend aucune nourriture, n'en éprouvant même pas le désir. La température se maintient à 38 degrés environ et le séro-diagnostic pratiqué le 14 janvier, et répété ainsi que l'hémoculture, donnent un résultat positif net. A partir du 20 janvier une amélioration se dessine dans l'état du malade ; les selles tombent tout à coup au chiffre de 4 ou 5 par jour, puis de 3 seulement. Le

29 janvier, on constate une selle melœnique abondante, mais ce phénomène répété le 30 janvier ne s'accompagna pas de signes d'hémorragie interne. La fièvre disparut à partir du 11 février, les symptômes intestinaux s'amendèrent, et le malade qui commença à s'alimenter le 15 février, fit une convalescence longue, mais régulière.

Dans cette observation que nous avons prise avec beaucoup de soins, et suivie attentivement jour par jour, il s'agit bien d'une infection par le bacille d'Eberth, puisque le séro-diagnostic et l'hémoculture répétés à plusieurs reprises, donnèrent chaque fois un résultat positif. Mais si le diagnostic bactériologique fut possible, rien dans la symptomatologie n'autorisa un diagnostic clinique de fièvre typhoïde. Car c'est en vain qu'on rechercherait un rapport quelconque entre les symptômes observés, et ceux qu'on s'attend à trouver dans une dothiënenterie, et c'est sans succès qu'on voudrait ramener au type classique, même dégénéré, l'ensemble des phénomènes signalés dans l'observation.

Sans doute, le début de l'infection ressembla au début d'une fièvre typhoïde ; mais les frissons, la céphalée, l'inappétence sont des prodromes trop communs à toutes les infections, pour qu'il soit possible d'en tirer une probabilité de diagnostic, et si la diarrhée s'installe parfois très précocément dans la période d'incubation de la typhoïde, elle ne prend pas ce type spécial dysentérique qu'elle revêt dans l'observation présente, et n'évolue pas de la même

façon. Si nous en croyons les renseignements que nous fournit le malade, l'élévation de température fut tardive, et jusqu'au 11 janvier, alors que les selles se multipliaient jusqu'à trente et quarante fois par jour, il continua son travail. Pendant ce qui dut être la période d'état, nous constatâmes pendant un jour une température de 39 degrés, à laquelle succéda un tracé de seize jours en plateau, aux environs de 38 degrés, et pendant cette période, jamais le moindre trouble nerveux, pas le plus léger état typhoïde ne se manifestèrent. Après que le séro-diagnostic eut guidé nos recherches, nous délimitâmes avec soin le volume de la rate et du foie : la matité splénique ne dépassa pas une hauteur de 10 centimètres sur 5 de largeur, et le bord antérieur du foie dépassa de 4 centimètres les fausses côtes ; dans ces deux organes, il fut possible de remarquer une sensibilité réveillée à la percussion et qui ne tarda pas à disparaître. En revanche, c'est en vain que nous recherchâmes les taches rosées lenticulaires, et un examen répété plusieurs fois par jour ne nous permit pas d'apercevoir la moindre tache, qui, quelque fugace qu'elle fût, nous eut difficilement échappé. Jamais le malade ne présenta de ballonnement du ventre même tardivement, et nous avons dit, au contraire, l'aspect creusé, en bateau, et la sensation d'empâtement qu'il offrit au début, sensation qui se modifia à mesure que les symptômes s'amendaient, mais qui ne se transforma jamais en tympanisme.

La diarrhée, accompagnée de ténésme violent, ne

prit jamais le caractère typhoïdique ; elle fut nettement dysentérique, séro-muqueuse, glaireuse, sanguinolente et, de plus, acide, qualité opposée à l'alcalinité habituelle des selles typhiques. Elle dura toute la maladie, sans interruption, son évolution correspondant parfaitement à celle de l'état général, et elle disparut peu à peu avec la température. Seules les deux selles melœniques purent autoriser à penser à une lésion de l'intestin grêle.

Un tel ensemble de symptômes n'eut-il pas suffi à égarer le diagnostic, sans la notion acquise du polymorphisme de la fièvre typhoïde, et surtout sans la séro-réaction de Widal et l'hémoculture. Ce polymorphisme ressortira encore plus nettement de la présentation d'une autre de nos observations prise, comme la précédente, dans le service de clinique médicale du professeur Jagot.

M^{me} E. R..., journalière (:), âgée de trente ans, éprouve le 16 janvier 1912 quelques frissons accompagnés de courbature généralisée et d'une céphalée, temporale d'abord, puis occipitale, qui s'accroît encore le 18, et l'oblige à s'aliter ; la malade est constipée, des vomissements se produisent faciles, sans nausées ni efforts. Le médecin appelé constate une température de 40 degrés et une raideur de la nuque avec Kernig, céphalée persistante, qui lui font porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale. La malade est amenée à l'hôpital le 22 janvier.

Elle est parfaitement éveillée, sans délire ni stupeur, et nous constatons l'existence d'une raideur de la nuque avec torticollis très douloureux, et signe de Koernig léger, ce qui nous incite à pratiquer la ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien sort clair et en jet, révélant de l'hypertension, et son examen cytologique accuse seulement une polynucléose exagérée. L'examen général de la malade décèle l'absence de toute paralysie des membres. Les réflexes patellaires sont exagérés et, à gauche, il y a tendance à la trépidation épileptoïde. Les sphincters et réservoirs sont intacts, sauf existence de constipation tenace. La sensibilité est conservée sans hyperesthésie des masses profondes, avec seulement hyperalgésie cutanée. Du côté des organes des sens la musculature externe et interne de l'œil est normale et il n'y a pas de lésions auriculaires ou auditives. L'abdomen est normal, le foie et la rate ne sont pas volumineux, la langue est humide et à peine quelques fuliginosités recouvrent les lèvres. Pas d'angine. Le cœur régulier, à 110, bat dans le quatrième espace et les bruits en sont bien frappés, sans lésions orificielles. Les poumons sont sains, la respiration normale, mais la palpation révèle une douleur vive au niveau de la mastoïde gauche, douleur qui s'irradie dans le cou, s'accompagnant de contracture des muscles de la région qui fait que la malade tourne la tête à gauche. Devant ce symptôme, nous pratiquons le séro-diagnostic, par principe, qui nous donne une agglutination rapide. Nous

M

DATE

Reis de Janice Silva 21

Jours de la maladie

Respir. Pulse Temp.

80 180

75 170 42°

70 160

65 150 41°

60 140

55 130 40°

50 120

45 110 39°

40 100

35 90 38°

30 80

25 70 37°

20 60

15 50 36°

10 40

30 35°

FONCTIONS LOMBALRE
FABRICILEESE
SERO DIAGNOSTIC POSITIVE

HEMOGLOBINE EQUINE

SERO DIAGNOSTIC POSITIVE

NOURRITURE

SERO DIAGNOSTIC
DIARRHEE LEGERE
MYOCARDITE GRAVE
TBAULT DE CALOR
GROSSE RATE

CAPÉINE HUILE CAMBRIE
ADRENALINE

42°
41°
40°
39°
38°
37°
36°
35°

cherchons alors, en vain, des taches rosées, nous n'en voyons nulle part sur la peau qui, en revanche, présente la raie méningitique très accusée. Et nous ne trouvons pas davantage de douleur et de gargouillements à la fosse iliaque droite ; la rate elle-même n'offrant qu'une matité de 5 centimètres en hauteur, sur autant en largeur.

Le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, la température tombait à $37^{\circ}5$ et après une remontée d'un soir à $38^{\circ}1$, redescendait à 37 degrés en cinq jours ; et s'y maintenait pendant que disparaissaient tous les symptômes méningés et que la guérison s'affirmait complète.

Le 8 février au soir, la malade qui a été alimentée depuis deux jours présente une poussée de température avec céphalée, douleur de la nuque et torticolis, la langue devient saburrale ; on provoque des gargouillements dans la fosse iliaque droite, mais sans douleur, et le 9 février le thermomètre accuse 39 degrés et le cœur, à 120, présente une esquisse de bruit de galop avec dédoublement inconstant du deuxième bruit. La pression artérielle prise à l'oscillomètre de Pachon est de $+ 11 \frac{1}{2} - 9$.

L'auscultation des poumons permet d'y découvrir quelques râles fins aux bases et des râles bronchitiques disséminés. La rate présente une matité de 12 centimètres en hauteur, et de 8 en largeur. Toujours pas de taches rosées ; absence de diarrhée et pas d'albumine dans les urines. Le 10, la température descend progressivement à la normale qu'elle

atteint le 17, cependant que le cœur garde son embryocardie.

On administre à la malade de la caféine, on lui fait prendre 4 milligrammes par jour d'adrénaline en solution au 1/1000, et cette médication semble avoir un heureux effet sur le myocarde qui reprend lentement sa vigueur. Le 10 février, on avait procédé à un séro-diagnostic qui fut positif et donna une agglutination rapide au 1/50, et si l'hémoculture tentée ne donna rien, ce fut dû, croyons-nous, à une faute de technique opératoire. Le 26 février les bruits du cœur étaient à nouveau bien frappés, et la malade sortait le 29 février, gardant à la pointe un souffle extra-cardiaque.

Cette observation est remarquable par l'attaque exclusive au début des méninges, par l'agent infectieux que le séro-diagnostic mit en évidence, et doit être rapprochée de cas analogues publiés récemment par divers auteurs, relatant des cas de fièvre typhoïde ayant débuté par des symptômes méningés précédant les symptômes ordinaires de la maladie (1). Dans notre cas personnel, la rechute, car il s'agit d'une rechute véritable, puisque survenant plus de dix jours après le début de l'apyrexie, ne prit pas

1. Collet et Lesieur, *Typhoïde avec début méningitique* (Soc. méd. Hôp. Paris, mai 1911). — Dabout, *Forme méningitique de la fièvre typhoïde* Thèse de Paris, 1902. — Lereboullet, *Typhoïde à début de méningite cérébro-spinale* (Sem. méd., déc. 1910). Sacquepée, *Considérations sur le méningo-typhus* (Soc. méd. Hôp. Paris, juillet 1911).

le masque dothiéntérique vrai, mais localisa son effort presque uniquement sur le myocarde, sans amener de phénomènes digestifs ou nerveux accentués.

Dans l'observation suivante, c'est le rein qui attira tout d'abord l'attention. Une malade présente depuis trois semaines des troubles vagues, qu'elle définit mal, consistant en douleurs lombaires, céphalée, asthénie générale, et fait brusquement une ascension thermique qui correspond avec l'apparition de symptômes de néphrite aiguë, violentes douleurs lombaires, frissons répétés, présence d'albumine et de cylindres hématiques et hyalins dans les urines, et enfin hématuries abondantes et répétées. Le séro-diagnostic positif permit de reconnaître l'agent infectieux et, plus tard, les taches rosées, la splénomégalie, quelques phénomènes nerveux très vagues et des troubles digestifs confirmèrent le diagnostic. Lesieur (1), Politzer (2), Gouget (3), Pissavy (4) présentèrent des faits à peu près semblables, consistant en symptômes de néphrites aiguës, seule localisation au début de l'infection éberthienne.

Après ces formes à prédominance bien nette d'un symptôme, nous voulons citer quelques cas où la fièvre typhoïde occasionna un état morbide vague, sans localisation spéciale, que seuls le séro-diagnostic

1. Lesieur, Soc. méd. Hôp. de Paris, 7 février 1911.

2. Politzer, *Semaine méd.*, 20 décembre 1911.

3. Gouget, Soc. méd. Hôp. de Paris, 20 décembre 1911.

4. Pissavy, *Presse méd.*, 7 décembre 1910.

et l'hémoculture permirent d'étiqueter. Parmi les 12 cas épidémiques dont nous donnons les observations, à côté des cas typiques nous en trouvons d'autres (1) où l'infection prouvée par l'état d'épidémie et le séro-diagnostic, ne se traduit que par une élévation de température passagère, quelques troubles généraux, de la céphalée, de l'hypertrophie du foie, ordinairement de la rate, et quelques phénomènes digestifs.

Cette forme correspondrait-elle, comme le veulent certains auteurs (2), à une septicémie légère ? C'est possible.

Les expériences de Chantemesse, de Conradi, Forster et Kayser (3), en démontrant que le bacille typhique se trouve dans le sang dès la période d'incubation, autorisent la notion de septicémie. Murchison, Bruno Blumenthal en citent plusieurs observations. Nous possédons plusieurs exemples de septicémie subaiguë, et nous devons à l'obligeance d'un de nos chefs l'observation d'une septicémie chronique (4), qu'on peut rapprocher de l'observation analogue qu'a publiée Audibert dans son *Processus éberthien*.

1. Observations XIV, XV, XVI.

2. Audibert, *le Processus éberthien*.

3. *Deutsch. Med. Woc. Hensch.*, n° 41.

4. D^r Turlais, observation V.

CHAPITRE III

Notre but, dans les chapitres précédents, a été, par une analyse rapide, de décrire la symptomatologie, l'évolution des formes de fièvre typhoïde qu'il nous a été donné d'observer, et nous avons ajouté en face de ces cas des exemples cliniques analogues recueillis dans les travaux et les publications récentes. Il nous reste maintenant à classer ces cas épidémiques, et à en tirer quelques conclusions générales.

Fièvres typhoïdes classiques

Nous avons rencontré plusieurs cas de fièvre typhoïde classique, telle que la décrivit Louis, avec ses symptômes caractéristiques, sa courbe de température, suffisants à eux seuls pour permettre d'établir le diagnostic. Cependant, il nous a fallu constater que, parmi ces formes classiques dans leur ensemble, il s'en trouva qui ne correspondirent pas toujours, dans toutes les phases de leur évolution, au tableau clinique habituel. Elles présentèrent une certaine bénignité, une véritable atténuation des symptômes. Cette

atténuation se retrouve dans les périodes d'invasion et d'état principalement, qui font des températures moins élevées et présentent des accidents nerveux ou digestifs moins accusés. La torpeur des malades que nous avons baignés a été moins forte, ou de moins longue durée, et la diarrhée qui manqua rarement dans nos cas normaux, fut moins intense. Les hémorragies intestinales mortelles ne se retrouvent qu'une seule fois, dans l'ensemble de nos fièvres typhoïdes classiques (1). L'évolution de la maladie fut plus rapide, et la température tout en suivant la courbe de Wunderlich, vit ses différentes périodes ascendantes, en plateau puis décroissantes, monter moins et finir plus vite.

Fièvres typhoïdes anormales

Plusieurs cas se présentèrent avec un début spécial. Nous en avons parlé. Au lieu de la période d'invasion avec température montant progressivement en cinq à six jours jusqu'au maximum de la période d'état, certains malades, après quelques vagues prodromes, virent soudain un soir le thermomètre marquer 40 degrés. Nous avons retrouvé ces faits dans une épidémie d'origine ostréenne, dont notre maître, le Dr Jagot, nous communiqua les observations et dans un autre cas isolé de typhoïde

1. Observation XXXV.

dû à la même cause, vraisemblablement. Nous avons pensé que l'étiologie de l'infection avait eu une influence dans ces cas particuliers sur la marche de la maladie, qui fut grave dans 2 cas seulement, dont un mortel (1) survenu chez un homme rhumatisant, cardiaque, et bénigne remarquablement dans les autres cas (2).

D'autres cas, virent au milieu des symptômes habituels, un symptôme particulier prendre soudain une importance considérable et attirer sur lui toute l'attention. Ainsi, nous avons signalé des fièvres typhoïdes remarquables par l'atteinte des reins (3), d'autres par les douleurs musculaires extraordinairement vives (4), d'autres enfin, qui présentèrent une véritable éruption de taches rosées (5), ou une prédominance des symptômes pulmonaires (6) ou nerveux.

Infections éberthiennes

Il serait impossible, maintenant, d'appeler fièvres typhoïdes les cas spéciaux dont nous avons livré les observations dans notre chapitre II, où l'examen clinique révéla l'atteinte d'un seul organe ou une pré-

1. Observation XXIX.

2. Observations XXVIII, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV.

3. Observation XVII.

4. Observation X.

5. Observation VII.

6. Observation III.

dominance telle d'une localisation morbide, que les autres symptômes n'existèrent pas ou passèrent au second plan.

La forme méningée que nous relatons (1) en est un exemple probant, puisque la malade vint à l'hôpital avec un diagnostic de méningite cérébro-spinale, diagnostic qu'il fallut la ponction lombaire et le séro-diagnostic pour modifier.

La forme à localisation intestinale prend un aspect bien particulier dans notre observation d'un jardinier présentant une crise dysentérique aiguë avec selles caractéristiques, et ne révélant son infection éberthienne que par sa température prolongée et des séro-diagnostic et des hémocultures positifs.

De même, ce ne fut pas à proprement parler une typhoïde que fit cette jeune femme, qui présenta une crise de néphrite aiguë avec hématuries, et dont la rate à peine hypertrophiée, les taches rosées, fugaces, la diarrhée légère, vinrent seulement plus tard rappeler la dothiènerie.

A côté de ces formes très spéciales quelques autres, assez nombreuses, se caractérisèrent par un état infectieux généralisé sans localisation nette. Nous avons cité quelques exemples de ces états fébriles passagers, avec troubles digestifs légers : anorexie, hypertrophie du foie et de la rate, et qui ne trahirent leur origine éberthienne que par la notion d'épidémicité ou le séro-diagnostic. Nous avons appelé ces cas

1. Observation I.

« septicémies », et en raison de leur peu de gravité septicémies subaiguës. Au cas du malade de notre observation V, qui traina pendant cinq mois un état fébrile léger et intermittent avec phénomènes digestifs, passagers et offrit toujours un séro-diagnostic positif, nous avons attribué le nom de septicémie chronique.

CHAPITRE IV

ÉTUDE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE EXPÉRIMENTALE

Nous avons cru bon, avant de tirer des conclusions de l'étude de nos observations, de donner un court aperçu des travaux de laboratoire auxquels on s'est livré sur la fièvre typhoïde expérimentale, pensant que le rappel de ces recherches de laboratoire seraient propre à éclairer d'un jour nouveau la pathogénie de certaines formes ou complications de la fièvre typhoïde.

L'existence du bacille d'Eberth dans le sang, avant le début clinique de l'infection, a été décelé en Allemagne par Conradi (1). Cette constatation est, on le conçoit, très difficile, en raison de la rareté des examens cliniques tentés avant tout début de dothiènerie, mais en revanche il est prouvé par Forster, Kayser et Conradi, qu'à cette période il y a absence complète de bacilles dans les fèces et intégrité absolue des plaques de Peyer, et l'on comprendra l'importance pathogénique de ces recherches.

1. Conradi, *Deutsch. Med. Wochens.*, n° 41.

Audibert (1) conclut donc qu'il est acquis que le bacille d'Eberth se montre ainsi :

Dans la première semaine de la fièvre typhoïde, le bacille est constaté constamment dans le sang ; l'accord est unanime sur ce point (Lemierre, Perquis, deuxième jour ; Kayser, troisième jour ; cinquième jour, Troussaint).

Dans la deuxième semaine, les bacilles se font plus rares et diminuent en général quand la température commence à osciller, disparaissant du vingtième au vingt-cinquième jour environ. A ce moment ils sont vraisemblablement détruits au niveau de la rate, des ganglions et de la moelle osseuse.

Cependant le bacille d'Eberth ne disparaît pas infailliblement du sang dès ce troisième septénaire, et Gernari a obtenu des cultures positives après la défervescence et Lesieur obtint des succès dans 6 cas sur 33 hémocultures tentées sur des convalescents.

On retrouve encore le bacille d'Eberth dans le sang au moment des rechutes, mais pas régulièrement, ce qui permet de dire qu'il y existe probablement en petite quantité.

Maintenant, il ressort des recherches du bacille dans le sang, que la gravité de la maladie semble être en raison directe du nombre des bacilles en circulation. Les typhoïdes graves donnent dans le premier septénaire une proportion de plus de 90 o/o d'hémocultures positives. Les typhoïdes bénignes offrent

1. Audibert, *le Processus éberthien*.

une proportion beaucoup moindre, mais variant aussi avec les moments de la maladie où l'examen se fait. Nous avons été à même de constater ce fait; dans les observations que nous présentons, les hémocultures positives furent celles qu'on tenta chez des malades gravement atteints.

Il semble donc prouvé de la sorte que le bacille d'Eberth agit souvent, sinon toujours, par voie sanguine, et que la fièvre typhoïde est une localisation secondaire de l'activité des bacilles sur un ou plusieurs organes peut-être en état de moindre résistance. Cela ressort bien des expériences de fièvre typhoïde expérimentale.

On avait voulu, autrefois déjà, par injection de matières fécales ou d'organes de typhiques, susciter la fièvre typhoïde chez des animaux. Ces expériences restèrent sans résultats. Gafky les reprit, injectant cette fois des cultures pures de bacilles d'Eberth et fut suivi dans cette voie par Fraënkell, Simonds, Wassermann et Kitasato, qui obtinrent la production d'un état particulier caractérisé par une tuméfaction de la rate et des ganglions mésentériques, mais sans lésions, ce qui les déconcerta, étant donné surtout le passage des bacilles dans les organes, prouvé par Walter-Cygnæus en 1890, puis par Chantemesse et Widal.

Ce n'est qu'en 1892 que, dans *les Annales de l'Institut Pasteur*, parut un article de Chantemesse et Widal, montrant que les insuccès de leurs prédécesseurs étaient dus non à la méthode employée,

m is bien à la virulence insuffisante des cultures injectées qui devaient, pour amener le résultat cherché et attendu, voir leur virulence exaltée par plusieurs passages sur des animaux. Saravelli proposa ensuite de joindre à cette méthode une action sur l'organisme récepteur qui, déprimé fortement, soit par la chaleur humide, l'intoxication alimentaire ou l'auto-intoxication colibacillaire, acquiert ainsi une réceptivité remarquable, sensible à l'action du virus atténué.

Ainsi purent être commencées des études sérieuses sur l'éberthisme expérimental, qu'on obtint alors facilement par injections sous-cutanées, péritonéales ou veineuses de cultures plus ou moins virulentes.

Des états spéciaux se développèrent sous l'influence de ces inoculations, et l'on put distinguer trois types d'infections en résultant : une septicémie aiguë, une réaction purulente localisée surtout, parfois généralisée, et un état chronique généralement bénin. La marche aiguë de la maladie se caractérise par son début brutal, avec frissons violents, hyperthermie subite, accompagnée de météorisme abdominal douloureux et de diarrhée jaune et sanguinolente. A l'hyperthermie succède vite une hypothermie dans laquelle, au bout de dix à douze jours, meurt asphyxique l'animal chez qui l'on remarque une congestion de tous les organes et un intestin violacé à contenu diarrhéique.

On renouvela l'expérience cette fois avec des toxines seulement, et on reproduisit le syndrome

précédent, mais plus aigu, avec hypothermie dès le début et même lésions anatomo-pathologiques.

Le colibacille pullulait dans l'intestin examiné, y atteignant une virulence considérable suscitée par la et toxine éberthienne, et il fut démontré comme corollaire que, de même, le colibacille exaltait à un très haut point la virulence du bacille d'Eberth.

Mais les toxi-infections éberthiennes ainsi obtenues ne reproduisaient pas la fièvre typhoïde pure et avaient toute l'allure d'une septicémie congestive et hémorragique, localisant volontiers ses effets sur l'appareil digestif sans y causer d'ulcérations, et revêtant une forme d'intensité variable, selon la résistance des espèces ou la virulence des virus employés.

Restait donc à réaliser la typhoïde vraie ou dothiënenterie encore inobtenue, bien que Frænkel, Chantemesse et Widal, puis Gilbert et Girode aient constaté un certain nombre de cas, parmi les nombreuses septicémies éberthiennes provoquées, où les lésions congestives généralisées étaient accompagnées d'ulcérations des plaques de Peyer.

Cette localisation intestinale élective, devait-elle donc être attribuée à un effet du germe employé ou à une prédisposition du terrain? C'est ce que s'attacheront à prouver Chantemesse et Widal en 1899.

Ils traumatisèrent des sujets, par plusieurs injections préalables de sérum et d'urines humaines et diminuèrent leur résistance par l'action de laudanum instillé dans la cavité péritonéale. Le lapin ayant été choisi, après de nombreux essais, comme

réalisant bien mieux les conditions de l'expérience, ils obtinrent ainsi un état typhique prolongé avec réaction vive de tout l'intestin, particulièrement de la partie terminale de l'iléon et ulcération des plaques de Peyer.

Remlinger obtint le même résultat par contamination alimentaire de sujets débilités, et mis ainsi en état de réceptivité plus grande, et Chantemesse et Ramond typhisèrent des singes, déprimés par absorption préalable de cultures faibles. Winberg, en 1906, provoqua la dothiënenterie chez un singe porteur de vers intestinaux et, depuis, Metchnikoff a repris souvent avec succès ces expériences.

La fièvre typhoïde expérimentale obtenue fut une fièvre typhoïde typique, dont la durée fut de huit à trente jours. Elle se caractérisa par une incubation de quelques jours avec ascension régulière de la température pendant la période d'invasion, jusqu'à l'établissement d'un maximum maintenu en plateau pendant plusieurs jours et suivi d'une défervescence en lysis et de mort en hypothermie. Les symptômes qui accompagnaient cette température étaient une prostration grande de l'animal couché et immobile dans son coin, présentant de l'anorexie, du ballonnement douloureux du ventre et des selles jaune ocre très fréquentes.

L'autopsie montra un intestin congestionné avec plaques de Peyer ulcérées ou en évolution : hyperhémiiées, saillantes ou gaufrées, une rate et des ganglions mésentériques hypertrophiés et une con-

gestion généralisée des organes. Le microscope permet de déceler le bacille d'Eberth au niveau des plaques de Peyer et dans des coupes du foie et de la rate.

Les conclusions à tirer de ces faits sont que l'infection éberthienne réalisée par injection ou ingestion de cultures pures, est primitivement sanguine, et ne se localise à l'intestin que tardivement, comme le prouve le retard des ulcérations, jamais rencontrées au début de l'infection. Ne peut-on pas expliquer la prédilection intestinale des lésions par un état de moindre résistance de cet organe, souvent surmené chez l'homme, comme il l'était chez le singe atteint de vers intestinaux, et par ce fait que l'infection se porte volontiers sur le lieu traumatisé.

Mais si les lésions de l'intestin sont tardives dans la typhoïde et résultent d'un état éberthien prolongé, les expériences de nombreux auteurs ont, par contre, démontré l'atteinte primitive du foie.

Ce fait résulte des travaux de Welch, Dorr, Forster, Kayser qui, injectant des cultures typhiques dans une veine de lapin, retrouvèrent les bacilles dans le foie et la vésicule de l'animal six heures après l'inoculation. Lemierre et Abrami, en 1909, reprenant les expériences précédentes, démontrèrent l'atteinte précoce du foie, et les expériences de Widal tendent également à prouver cette particularité de l'infection sanguine éberthienne, éliminant ses bacilles par le foie.

La bile devient donc ainsi un milieu de culture favorable au microbe, qu'on a pu retrouver vivant cent neuf jours après le début de l'infection, et que Dorr recueillit dans une vésicule altérée trois mois après l'injection intra-veineuse de bacilles, cette altération des parois de la vésicule devenant même pour certains la condition *sine qua non* de son infection prolongée.

En tout cas Forster, Kayser, Conradi, en démontrant l'apparition tardive des bacilles dans l'intestin par opposition à leur apparition précoce dans la bile, donnent toute sa valeur à la théorie de l'infection primitive du foie. Les expériences de Dorr retrouvant le bacille d'Eberth dans la vésicule d'un lapin, après injection intra-veineuse de cultures consécutives à la ligature du cholédoque, et celles de Forster et Kayser obtenant des cultures progressivement décroissantes par l'ensemencement du contenu intestinal duodénal, puis jéjunal, puis iléal, confirment bien la même théorie.

Donc, les bacilles passent directement du sang dans le foie qui réagit fortement à leur passage, montrant toujours à l'autopsie des lésions plus ou moins marquées des espaces portes.

Cliniquement, il est possible de retrouver chez l'homme ces faits expérimentaux. Les cas d'ictères primitifs éberthiens sont nombreux, et Lemierre et Abrami, Gilbert, Sacquepée et Frass, Audibert, relatent plusieurs observations caractéristiques d'hépatite éberthienne. Bezançon et Philibert rapportent

des observations de cholécystites éberthiennes sans fièvre typhoïde, et au dernier Congrès de Chirurgie de Bruxelles, les infections vésiculaires dues au bacille d'Eberth furent l'objet d'une importante communication de Quénu et Duval.

Dans nos observations personnelles, nous avons toujours trouvé une réaction du foie, plus ou moins hypertrophié et douloureux, et ces lésions furent généralement précoces et accompagnèrent les septicémies éberthiennes (1), les dothiéntéries véritables (2) et les fièvres typhoïdes à localisation prédominante d'un symptôme (3). Faut-il y voir une réaction plus ou moins violente de cet organe au passage des bacilles du sang ? Avec Audibert, nous inclinierions à attribuer à cette cause l'hypertrophie précoce du foie que nous avons presque toujours constatée chez nos malades.

L'infection sanguine primitive permet de comprendre aisément les formes septicémiques que nous avons signalées (4), formes dans lesquelles tous les organes réagirent un peu, mais dont aucun n'attira spécialement l'attention de l'observateur, et dans lesquelles il n'y eut pas en particulier de réaction intestinale violente indiquant une lésion de la muqueuse et des plaques de Peyer.

1. Observation XVIII.

2. Observations VIII, IX.

3. Observations, II, VI, etc.

4. Observations XIV, XV, XVI et XVIII.

Elle explique également qu'une néphrite puisse ouvrir la scène, le rein étant frappé au même titre que le foie, comme organe filtrant les bacilles du sang. De même les fièvres typhoïdes à localisation prédominante, méningée, intestinale, pulmonaire, se comprennent telles, si l'on admet que les méninges, l'intestin ou le poumon infectés au même titre que tous les autres organes, sont spécialement frappées comme lieu de moindre résistance, ainsi que cela se produisit dans l'intéressante observation que cite Audibert d'un homme qui se tira une balle dans la tête faisant plus tard une typhoïde à forme méningée.

Faut-il admettre, en ce qui concerne le cœur, une action directe du bacille d'Eberth ou de sa toxine sur la fibre musculaire, expliquant les myocardites aiguës que nous avons plusieurs fois constatées (1) dans nos observations, ou faut-il rapporter cette asthénie du muscle cardiaque accompagnée d'hypotension (2) à une lésion des glandes à sécrétion interne, particulièrement de la surrénale ? Peut-être ces deux causes concourent-elles au même effet. Toujours est-il que Sergent (3) a démontré les dégénérescences de la glande surrénale au cours des maladies infectieuses, particulièrement de la fièvre typhoïde, et il admet que les signes cliniques de l'insuffisance surrénale ne font presque jamais défaut

1. Observations I, XVII, XVIII.

2. Observations I, XVIII.

3. Sergent, *Archives générales de médecine et Journal des Praticiens*, octobre 1912.

dans cette affection. Que les capsules surrénales soient atteintes, ou que leur fonction soit troublée, peut-être par le travail antitoxique excessif qui lui incombe en face de la septicémie éberthienne, il se déclare pendant, ou plus ou moins longtemps après la typhoïde, un syndrome d'insuffisance aigu ou lent dû à des lésions massives ou superficielles de la glande.

Les lésions profondes de la glande pourraient entraîner des accidents foudroyants, parmi lesquels Sergent place la mort subite qui acquiert de ce fait une étiologie nouvelle ajoutée à celle de la myocardite, et de l'inhibition bulbaire par réflexe solaire dû aux lésions intestino-péritonéales. Les lésions moins graves des glandes surrénales donneraient naissance à des accidents d'insuffisance aiguë, caractérisés par une asthénie cardio-vasculaire intense avec hypotension et apparition de la ligne blanche. Dans une de nos observations, nous pûmes constater cette asthénie cardio-vasculaire sur laquelle le traitement par l'adrénaline parut avoir d'heureux effets.

DIAGNOSTIC

Devant la complexité qu'offrent les cas d'infection éberthienne que nous venons d'étudier, le diagnostic sera bien différent selon que l'on sera en présence d'une fièvre typhoïde classique, d'une fièvre typhoïde anormale par un des points de son évolution ou de sa symptomatologie, ou enfin d'une septicémie simple ou avec localisation prédominante.

α) Le diagnostic de la forme classique restera ce que nos devanciers l'ont établi, et l'ensemble des symptômes cliniques permettra de reconnaître facilement une fièvre typhoïde.

Les modifications à ce tableau d'ensemble, constatées dans plusieurs de nos observations, n'en laissent pas moins subsister suffisamment de signes essentiels pour que la clinique seule suffise à établir le diagnostic. Il suffit qu'on se souvienne que le début de la fièvre typhoïde peut être brutal et que la température peut s'établir d'emblée à 40 degrés comme cela se produisit dans nos observations de typhoïde à étiologie ostréenne, que le « tephos » de jadis est souvent remplacé par une somnolence légère et un délire inconstant et nocturne, que la constipation,

fréquente chez l'enfant, peut, chez l'adulte, l'emporter aussi sur la diarrhée, que la température marche plus hâtivement et cède à la balnéation.

On se souviendra cependant qu'il importe d'éliminer les injections à allure typhoïde comme la typho-bacillose, et que c'est dans ce cas bien spécial que les procédés de laboratoire trouveront toute leur valeur, séro-diagnostic et hémoculture.

Du reste, la typho-bacillose possède déjà bien à elle des signes cliniques importants qu'ont soulignés le Dr Landouzy et ses élèves. La typho-bacillose peut se distinguer, d'une part, par la répétition de l'infection, deux typhoïdes successives n'existant guère, deux typho-bacilloses se rencontrant, au contraire, chez le même sujet ; d'autre part, par l'absence de taches rosées ; enfin, par la courbe de température, l'état de langueur et d'anémie qui prolonge la période aiguë, et enfin la découverte d'un foyer tuberculeux parfois.

β) Plus difficiles sont à diagnostiquer les formes où les signes habituels s'estompent devant un symptôme prédominant, une évolution anormale ou une localisation en apparence exclusive.

Nous les avons suffisamment décrites, qu'elles débutent brusquement, qu'elles se marquent par des signes méningés ou néphrétiques, le tableau clinique, pour anormal qu'il soit, n'en reste pas moins celui d'une fièvre typhoïde qu'on doit rechercher, et qu'on pourra déceler quelque jour, constatant que cette méningite, cette néphrite présentent une allure un

peu spéciale, qu'elles s'accompagnent d'un ou plusieurs phénomènes peu en rapport avec l'infection primitive, telles les taches rosées et l'hypotension.

γ) Restent les infections dans lesquelles l'aspect ne rappelle en rien la fièvre typhoïde. Nous savons qu'elles peuvent être aiguës, subaiguës ou chroniques, nous en avons observé des exemples et leur diagnostic peut comporter de grandes difficultés.

On devra rechercher avec soin la nation d'épidémie qui nous guida dans le diagnostic de plusieurs cas de septicémie et recourir au séro-diagnostic et à l'hémoculture, par principe, dès qu'une infection quelconque présente une allure et des symptômes qui ne permettent pas de la cataloguer.

Il faut se souvenir que la fièvre typhoïde peut se cacher sous les apparences d'un ictère typique (1), ou revêtir l'aspect d'une infection puerpérale (2).

Le séro-diagnostic de Widal, par la grande simplicité qu'il présente, est à la portée de tous les praticiens, et donne une certitude à peu près absolue, lorsqu'il permet d'obtenir une agglutination de 1/50 qui doit être prise comme minimum, car on a vu des sérums de malades non atteints de fièvre typhoïde, agglutiner le bacille d'Eberth à la proportion de 1/20.

1. Audibert, *Ictère infectieux primitif éberthien* (*Revue de Médecine*, mai 1909). — Achard, *Semaine médicale*, 5 août 1908.
— Laignel-Lavastine, *Ictère infectieux éberthien* (*Presse médicale*, 26 mai 1909).

2. Brulé et Toupet, *Septicémie éberthienne à forme de septicémie puerpérale* (Soc. méd. des hôpitaux de Paris, février 1910).

La réaction positive permet d'affirmer, dans l'immense majorité des cas, que le malade est actuellement en puissance d'infection Eberthienne, et il importe de se souvenir que le séro-diagnostic positif ne veut pas dire seulement fièvre typhoïde classique dothiénenterie, mais aussi bien septicémie, et que Widal citant des cas où la réaction est retardée, quelquefois considérablement, jusque dans la convalescence, le séro-diagnostic doit être systématiquement renouvelé et pratiqué jusqu'à la guérison qui, ne supprimant pas toujours le pouvoir agglutinatif du sang, permettra à la rigueur un diagnostic rétrospectif.

Dans à peu près tous nos cas personnels, nous avons recouru à l'hémoculture, qui, depuis les travaux de Courmont et Lesieur, de Widal et de ses élèves, permet de déceler le bacille d'Eberth dans le sang des typhiques, sinon, constamment, du moins, dans toutes les formes moyennes ou graves ; mais ce procédé restera un peu une méthode de luxe difficilement applicable au praticien non bactériologiste.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la recherche des bacilles dans le sang des taches rosées ou de la rate, car ces méthodes ont été abandonnées comme inutiles ou dangereuses.

De même, nous ne ferons que citer la recherche des microbes dans les matières fécales, et les méthodes d'identification des bacilles d'Eberth au moyen de

milieux de culture spéciaux, comme le milieu de Drigalski-Conradi.

La diazo-réaction d'Ehrlich, qui nous donna un résultat positif presque toujours, est loin d'avoir une valeur diagnostique absolue, car elle s'observe dans diverses maladies aiguës infectieuses, telles la scarlatine, la variole, l'érysipèle, la phthisie aiguë et le typhus exanthématique. Cependant, on peut admettre avec Ehrlich, que l'absence de diazo-réaction, constatée à plusieurs reprises du cinquième au dixième jour d'une affection fébrile, doive faire écarter presque à coup sûr l'hypothèse de fièvre typhoïde.

En raison de la grande analogie qui règne parfois entre les formes cliniques de la fièvre typhoïde et de la para-typhoïde, il faudra toujours penser à la possibilité d'une infection par les bacilles paratyphiques et dans l'épidémie que nous eûmes à traiter dans le service des contagieux à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous nous astreignîmes, avec notre maître, le Dr Papin, à obtenir un diagnostic bactériologique précis. Ce diagnostic, quelque utile qu'il soit, doit être réservé à des spécialistes ; il est basé sur la séro-agglutination des sérums paratyphiques, et sur la différenciation des bacilles sur le milieu de Drigalsky-Conradi.

PRONOSTIC

Le pronostic de la fièvre typhoïde était d'un pronostic grave avant l'institution des bains froids. Murchison, Griesinger donnèrent une statistique de mortalité de 18 à 20 o/o, Jaccoud de 20 o/o, et cette mortalité descendit à 5 ou 8 o/o dit Dieulafoy après l'application en thérapeutique de la méthode de Brandt.

Dans les 35 observations que nous avons pu recueillir, nous avons observé quatre décès, ce qui nous donne une mortalité de 12 o/o environ. Trois de ces décès furent causés par des accidents cardiaques (1), apparus au cours de la période d'état ; accidents de myocardite aiguë qui entraînèrent chaque fois une mort rapide, un ou deux jours après l'établissement de la lésion.

Le quatrième décès se produisit à la suite de violentes hémorragies intestinales (2) au cours de la période d'état d'une typhoïde à allure sévère. Ainsi c'est au cœur que revient la plus grande part dans la

1. Observations XXV, XVII, XXX⁷⁰¹.

2. Observation XXXV.

mortalité de la typhoïde, et, comme nous l'avons dit, cela s'explique en raison de la double action qui s'exerce sur lui dans les fièvres typhoïdes graves, l'action toxique du bacille d'Eberth, et l'action déprimante résultant des lésions des glandes surrénales. Malgré cette proportion relativement élevée de décès, il nous a semblé que la majorité des fièvres typhoïdes vraies que nous avons pu observer présentèrent une bénignité relative, et que l'état général de nos malades fut moins atteint qu'on eût pu s'y attendre.

Les complications cardiaques, pour s'être souvent présentées, furent généralement passagères et superficielles. Elles cédèrent rapidement, dans un cas, à la médication caféinique et à l'opothérapie surrénale (1), et peut-être qu'un usage systématique de l'adrénaline nous eut préservé de quelques accidents. Les complications pulmonaires rénales furent graves toujours, et durent être traitées énergiquement. Les formes nerveuses, nous l'avons dit, furent peu fréquentes. Graves dans 5 cas, dont 2 cas mortels (2), généralement la torpeur et le délire furent peu accentués ou passagers, et ne parurent jamais dans les cas de septicémie éberthienne.

Ces cas septicémiques purs eurent une évolution plutôt bénigne, et si les localisations nerveuses, intestinales ou rénales acquièrent une certaine inten-

1. Observation I.

2. Observations XVII, XXXV.

sité, le danger ne parut jamais imminent. Seule la forme cardiaque qui suivit le début méningé de notre observation I put nous faire craindre un instant une terminaison fatale.

TRAITEMENT

Nous avons traité nos cas de fièvre typhoïde, suivant les données classiques. Le régime lacté absolu fut ordonné à tous nos malades, et la méthode de Brandt, intégrale ou mitigée selon les cas, nous donna d'excellents résultats dans les formes hyperthermiques. Nous nous trouvâmes même fort bien parfois, de simples enveloppements humides froids répétés toutes les deux heures.

La thérapeutique médicamenteuse fut réduite à sa plus simple expression et consista en piqûres de caféine ou d'huile camphrée contre l'asthénie cardiaque, et dans un cas en l'administration de 3 à 4 milligrammes d'adrénaline en solution dans les vingt-quatre heures.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

(Prise dans le service du professeur Jagot.)

M^{me} Ernestine R..., demeurant à la Pyramide, journaliste, âgée de trente ans, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 22 janvier 1912, avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

16 janvier. — Elle éprouva quelques frissons accompagnés de courbature généralisée et de céphalée temporale d'abord, puis occipitale. Ces phénomènes s'accroissent encore le 18 janvier et la forcent à s'aliter. La malade est constipée, et deux ou trois vomissements se produisent sans efforts, facilement assurée-t-elle. Le médecin appelé constata une température de 40 degrés et une raideur de la nuque très accentuée, avec signe de Kernig, et céphalée violente qui lui font porter le diagnostic probable de méningite cérébro-spinale.

La malade, amenée à l'hôpital, est parfaitement éveillée, ne présente ni délire ni stupeur, et l'examen permet de constater la persistance de la raideur de la nuque et un Kernig léger, ainsi qu'un torticolis gauche extrêmement douloureux. Nous pratiquons une ponction lombaire. Le liquide céphalo-

rachidien sort en jet, révélant une forte hypertension; il est clair, et son examen cytologique permet de constater une polynucléose exagérée. L'examen général de la malade décèle l'absence de toute parésie des membres. Les réflexes patellaires sont exagérés, il y a tendance à gauche à la trépidation épileptoïde du pied. Les sphincters sont normaux. Les urines sont de volume normal et ne contiennent pas d'albumine. La constipation est grande, la malade n'est pas allée à la selle depuis trois ours. La sensibilité et les organes des sens sont normaux, la musculature interne et externe de l'œil fonctionne normalement.

L'abdomen ne présente ni rétraction en bateau ni tympanisme, le foie déborde légèrement les fausses côtes et la rate offre une zone de matité petite, de 5 centimètres de hauteur environ sur 4 de largeur. La langue est humide, mais on aperçoit quelques fuliginosités au coin des lèvres. Pas d'angine. Le cœur, régulier, a des bruits bien frappés et clairs, et sa pointe bat dans le quatrième espace intercostal. Le poulx excellent bat à 100. Les poumons sont sains et la respiration normale. Le séro-diagnostic est tenté le 23 janvier, et nous obtenons une agglutination rapide au 1/50. Nous cherchons en vain des taches rosées, nous n'en voyons nulle part sur la peau qui, en revanche, présente la raie méningitique très accusée. Pas davantage de douleur et de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La pression, au niveau de la base de la mastoïde gauche provoque une vive douleur qui s'irradie le long du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Le lendemain de l'entrée de la malade, salle Fabiola, la température tombe à 37°5, remonte le 24 janvier à 38 degrés, puis demeure oscillante entre 36°7 et 37 degrés. Les symp-

tômes, précédemment constatés, disparaissent lentement, et on ne retrouve plus de raideur de la nuque, plus de Koernig, plus de céphalée. La malade a grand appétit, et va régulièrement à la selle tous les jours. Le foie et la rate sont normaux. Le cœur bat à 80 régulièrement, le pouls est bien frappé. Le 8 février au soir, la malade, qui a été alimentée depuis deux jours, voit sa température remonter à 39°5, et la céphalée réparaître violente. La langue devient saburrale, le torticolis réapparaît comme au début. On provoque des gargouillements à la palpation dans la fosse iliaque droite, mais il ne se produit pas de selles diarrhéiques.

Le cœur présente un bruit de galop net et un dédoublement inconstant du deuxième bruit.

Le pouls, petit et dépressible, bat à 120. La pression artérielle à l'oscillomètre de Pachon donne une pression maxima de 11 1/2 minima de — 9. La malade présente plusieurs petites syncopes, on lui administre caféine et huile camphrée en piqûres, et on lui fait prendre 4 milligrammes d'adrénaline dans une solution au 1/1000.

Les poumons sont légèrement congestionnés aux deux bases. La rate présente une matité de 12 centimètres en hauteur, de 8 en largeur. Le foie déborde de un travers de doigt les fausses côtes, et est sensible à la percussion. Pas de diarrhée toujours, pas d'albumine dans les urines.

A partir du 10 février, la température descend progressivement. Le séro-diagnostic renouvelé est encore positif. Le rythme du cœur est légèrement embryocardique, mais les bruits sont mieux frappés. L'hémoculture tentée ne donne aucun résultat.

12 février. — Le myocarde reprend un peu sa vigueur, et le rythme cardiaque redevient à peu près normal, mais on entend un souffle extra-cardiaque à la pointe. Pas une seule tache rosée n'apparut; tout rentra dans l'ordre lentement, et, le 29 février, la malade sortit, gardant encore son souffle extra-cardiaque.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Prise dans le service du Dr Jagot.)

13 janvier 1912. — Entre salle Saint-Paul le nommé J. G..., quarante-trois ans, jardinier. Les antécédents héréditaires sont bons. Le malade accuse un peu d'éthylisme. Le mercredi 11 décembre, il passe la journée à la pluie, et ressent, le soir en se couchant, plusieurs frissons. Il dort mal cette nuit-là, à cause d'une céphalée violente qui s'installe et persiste les jours suivants. Les frissons se répètent, l'anorexie augmente et l'asthénie se prononce. Le malade, de plus en plus fatigué, doit interrompre plusieurs fois son travail.

3 février. — Le malade est pris de diarrhée. Il a trois ou quatre selles par jour, sans qu'on note, à cette époque, d'écart de régime. Le malade, altéré, boit beaucoup d'eau de Loire au robinet. Cette diarrhée augmente bientôt, et s'accompagne de ténésme rectal, de douleurs généralisées à tout le ventre qui provoquent des selles et se calment peu après. Ces selles sont liquides, de couleur variée, vertes, noires, ou jaunes, glaireuses et sanguinolentes, souvent involontaires. Elles se répètent trente à trente-cinq fois par jour et entraînent un amaigrissement considérable du malade qui entre à l'hôpital

le 13 janvier ayant perdu 24 kilos, ne se nourrissant plus depuis quelques jours que de lait sucré et buvant toujours beaucoup d'eau.

Nous examinons le malade le 14 janvier.

Il est extrêmement maigre, la peau est brune; les lèvres sont recouvertes de fuliginosités, la langue est sèche, ainsi que la gorge et les narines. La température est à 39 degrés, mais cependant le malade est bien éveillé, répond parfaitement à nos questions et se plaint seulement de douleur abdominale. La céphalée a disparu. L'appareil respiratoire est sain. Le cœur régulier a des bruits bien frappés. La pointe bat dans le cinquième espace; le pouls à 90, est petit mais régulier. Le ventre est rétracté « en bateau » et la palpation permet de constater une consistance pâteuse généralisée avec clapottement de toutes les portions du gros intestin. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et est sensible à la palpation. La rate mesure 13 centimètres de hauteur. Les urines, un peu diminuées comme volume, ne contiennent ni sucre, ni albumine. La sensibilité, la réflectivité sont normales.

Les selles, toujours accompagnées de ténésme, se répètent quinze à vingt fois par jour, séreuses, fétides, sanguinolentes, présentant des particules de caséum. Le malade ne boit que de l'eau, et manque totalement d'appétit du reste.

La température se maintient à 38 degrés et le séro-diagnostic tenté par principe est positif. Dans les jours qui suivent l'état du malade s'améliore; les selles deviennent moins fréquentes et ne se répètent plus que six à sept fois par jour, liquides, noirâtres ou jaunes, fétides, mais ne contenant plus de sang. L'hémoculture donne un résultat positif pour

le bacille d'Eberth. Le séro-diagnostic répété le 16 janvier est encore positif. Le 20 janvier les selles ne sont plus que de 4 à 5 par jour et diminuent les jours suivants. Le malade, qui est au régime lacté absolu, commence à réclamer de la nourriture. Le 29 janvier, apparaissent deux selles melœniques, mais bien qu'assez abondantes, elles ne s'accompagnent pas de signes d'hémorragie interne. La température demeure stationnaire entre 37°5 et 38 degrés jusqu'au 11 février. Cependant les symptômes intestinaux ont disparu peu à peu, et le malade ne se croyant plus malade demande à manger. L'alimentation ne fut commencée que le 16 février et la convalescence longue mais régulière permit au malade de sortir guéri le 14 mars.

OBSERVATION III

(Communiquée par le D^r Gaugain.)

M^{me} R. C., cinquante-six ans, commerçante, demeurant à Angers. Rhumatisante chronique, ayant même eu des complications cardiaques.

Se plaint de troubles digestifs depuis la fin d'octobre 1911, avec faiblesse générale, insomnie, inappétence, amaigrissement (15 kilogrammes en cinq mois).

Elle ressent particulièrement une douleur vive et continue dans l'hypocondre droit, et présente quelques vomissements bilieux le matin.

9 novembre. — La malade est considérablement amaigrie, subictérique, langue est saburrale, le ventre ballonné, doulou-

reux dans le flanc et l'hypocondre droits, offre à la percussion un foie débordant] les fausses côtes; la rate n'est pas augmentée de volume, le cœur est normal, le pouls lent, la température atteint 39 degrés. Les urines rares et foncées, contiennent de l'albumine, sans pigments biliaires,

La malade, les jours suivants reste dans le même état, subdélirante, présentant des températures oscillant entre 39 degrés et 39°5. Les vomissements bilieux continuent, quelques selles diarrhéiques verdâtres, horriblement fétides. La température tombe à 37°5 38 degrés, mais la diarrhée augmente. Gargouillements dans le flanc droit, foie gros et douloureux. La rate à la percussion donne une matité augmentée, de 14 centimètres, la langue est sèche et rouge, le pouls devient petit et rapide. On administre à la malade du benzonaphtol et du sous-nitrate de Bismuth. Le 26 novembre, température 40 degrés, diarrhée jaunâtre, moins fétide, ventre tendu, ballonné. Pas de taches rosées.

Séro-diagnostic positif.

L'évolution de la maladie continue irrégulière, avec diarrhée, foie toujours gros et débordant, nausées et vomissements. Vers le 10 décembre s'ébauche une défervescence de la température en lysis accompagnée de troubles cardiaques, pouls à 140, petit, congestion de la base du poumon gauche. On fait de la révulsion, adrénaline en potion. Les selles deviennent pâteuses, les urines claires ne contiennent plus d'albumine. Quelques jours d'apyrexie.

15 décembre. — Reprise de la fièvre à 38°5, toux quinteuse, dyspnée légère, matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate gauche. Souffle expiratoire, égophonie, disparition du

murmure vésiculaire, et pectoriloquie aphone. Le 19 décembre, dyspnée intense, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité de l'espace de Traube, sans déplacement du cœur.

Ponction exploratrice, puis évacuatrice au gros trocart de Potain, permettant de retirer 300 grammes de pus bien lié, sans grumeaux, légèrement hématique.

La malade est envoyée à l'hôpital.

Les signes physiques demeurent, les troubles fonctionnels s'atténuent, la fièvre tombe à 37°5, puis 37 degrés. Plusieurs ponctions exploratrices, avec des aiguilles de longueur et calibre différents, restent blanches.

La radioscopie révèle une ombre en dôme, au-dessus du diaphragme. On reste dans l'expectative au sujet de l'opération.

5 janvier.— La malade apyrétique, mais toussant beaucoup, sans appétit, sort de l'hôpital. L'état reste stationnaire jusqu'au 20 janvier, époque à laquelle la température remonte à 39 degrés le soir. Les signes physiques et stéthoscopiques, qui ont persisté, s'accompagnent de toux et de dyspnée violente. Le 30 janvier, par l'orifice de l'ancienne ponction s'écoule un peu de sérosité. On retire avec la pince un grumeau engagé dans la lumière, et il s'écoule un jet saccadé de pus, jet rythmé par la respiration. La quantité de pus put être évaluée à environ 1 lit. 1/2. Aussitôt la température baissa. Nouvelle ascension de température accompagnant la fermeture de la fistule, et nouvelle évacuation de pus spontanée, cause de défervescence consécutive. La malade refuse toute opération et est perdue de vue.

La culture du pus évacué donna du bacille d'Eberth pur.

OBSERVATION IV

(Communiquée par le Dr Denéchau et J. Pilven.)

M^{me} Marie C..., vingt-cinq ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, le 4 octobre 1912 pour douleurs lombaires violentes, urines rares et albumineuses. Antécédents héréditaires et personnels excellents. la malade se plaint de fatigues depuis cinq mois environ, mais ce n'est que le 30 septembre 1912, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, qu'elle cesse son travail, courbaturée, exténuée et se plaignant de douleurs lombaires, extrêmement vives, de frissons et de fièvre élevée. Le début paraît avoir été brusque, l'interrogatoire seul révèle la courbature préalable. Les urines, au dire de la malade, sont rares, depuis ce temps ; elle se plaint d'engourdissement du bras et de la jambe droite, d'insomnie, d'anorexie, de dyspnée, par contre, elle ne présente ni diarrhée ni constipation. Chaque jour, dit-elle, elle a des frissons suivis de sueurs.

Examinée à son entrée (5 octobre), la malade est prostrée, répond assez mal ; on constate du tremblement des lèvres, pas de délire, une légère excitation des réflexes. L'abdomen n'est pas tympanisé, par contre la palpation montre un léger gargouillement de la fosse iliaque droite. Il existe pour la première fois trois selles diarrhéiques. La rate mesure 15 centimètres de hauteur, le foie déborde de 4 centimètres. Les urines sont rares, riches en albumine, elles ont une coloration rose. La malade accuse de la céphalée. En face de ce tableau, le diagnostic est hésitant entre une néphrite aiguë à début brusque et une dothiéntenterie anormale.

Dans le but d'établir le diagnostic on pratique un examen des urines qui donne le résultat suivant:

Densité : 1,010. Réaction alcaline ;

Albumine : quantité modérée ;

Sucre : néant ;

Urée : 16 gr. 5 ;

Phosphates : 1 gr. 5 ;

Chlorures : 1 gr. 3 ;

Sang : abondant ;

Cylindres hyalins nombreux ;

Cylindres hématiques très nombreux ;

Indican abondant.

La pression artérielle prise au Pachon indique : maximum 12 ; minimum 7 1/2. Enfin, le séro-diagnostic vient éclairer le diagnostic en montrant une agglutination positive au 1/50. Les jours suivants, cette typhoïde évolue d'une part vers l'atteinte plus considérable des reins, par l'apparition d'une hématurie totale abondante, accompagnée de très nombreux cylindres hématiques, et d'autre part, par les troubles digestifs accentués : tympanisme, gargouillements, enfin par une prostration complète avec délire nocturne accompagné de quelques idées de persécution. La rate est grosse, elle présente 10 centimètres de large sur 15 centimètres de hauteur.

12 octobre. — Apparaissent des troubles cardiaques marqués par le dicrotisme une tachycardie à 120, l'assourdissement du premier bruit, de l'embryocardie et bruit de galop esquissé dans la région préventriculaire droite. La pression artérielle est à + 11,8, — 7. Les urines restent

rouges, sanguinolentes, enfin les taches rosées sont apparues de façon discrète.

L'hyperthermie dépasse 40°5 ; la balnéation, instituée dès le début, doit être suspendue de par l'état du cœur, et remplacée par des enveloppements humides,

20 octobre. — On constate une légère détente de l'état général. Le cœur garde l'assourdissement du premier bruit avec un second bruit claqué à l'aorte. Les troubles digestifs s'améliorent, la température baisse lentement. Il persiste encore du sang et des cylindres.

1^{er} novembre. — Même amélioration, lente, progressive ; même persistance de l'hématurie. L'albumine est disparue.

10 novembre. — Le mieux continue, la température est encore aux environs de 38 degrés.

22 novembre. — La malade est apyrétique et demande à manger.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le Dr Turlais.)

M. J..., trente-trois ans, en villégiature à Pornic, en juillet 1909, se plaint de névralgies faciales qui se compliquent au mois d'août, d'amaigrissement, d'inappétence, de langue saburrale. A part ces phénomènes, il ne présente aucun signe caractéristique permettant de porter un diagnostic.

20 août. — Le malade revient à Angers et présente une diarrhée légère (une selle quotidienne), avec asthénie générale, névralgie faciale, inappétence, mais sans aucun signe localisé.

Toujours pas de diagnostic porté ; le malade sort, vaque à

ses diverses occupations ; le 28 août, même état, la température bien prise marque 38 degrés le soir, et le malade garde le lit. L'asthénie augmente, les selles sont semi-diarrhéiques et muqueuses, le séro-diagnostic tenté est négatif.

30 août. — Le malade, revu par le médecin, présente le même état, et le 4 septembre le séro-diagnostic devient franchement positif au 1/50.

Cependant, toujours pas de signes généraux marqués, non plus que des signes locaux, l'état demeure stationnaire. Le 15 septembre, la température semble éprouver une légère tendance à baisser ; le 25, le 30, l'amélioration continue, bien que le séro-diagnostic soit toujours positif.

Le mois d'octobre voit reparaître les accidents névralgiques avec diarrhée légère. L'état général se maintient ainsi, avec des hauts et des bas pendant tout le mois d'octobre.

Le séro-diagnostic demeure positif.

En novembre, le malade, toujours affaibli, présente les mêmes phénomènes, mais atténués. Le séro-diagnostic est toujours positif. En décembre le malade est perdu de vue.

OBSERVATION VI (Personnelle)

(Prise dans le service de M. le Dr Papin.)

Madelaine B..., quinze ans, orpheline, entre le 22 juin 1911 dans la salle Saint-Roch, parce qu'elle se plaint depuis huit jours de céphalée violente avec lassitude générale et anoréxie. La jeune malade a des antécédents héréditaires chargés de tuberculose, personnellement elle ne fut jamais

malade. Examinée le 22 juin, la malade est complètement prostrée, insensible à tout, ne répondant pas aux questions. Elle repose les lèvres entr'ouvertes, la figure hébétée, et on peut lui faire une prise de sang pour séro-diagnostic qui fut positif, sans la tirer de sa somnolence. Le délire est continu, aussi bien diurne que nocturne, et on distingue quelques soubresauts tendineux et des contractions fibrillaires à la percussion du thorax. La motricité est conservée, la sensibilité est émoussée, la réflectivité diminuée.

La langue est saburrale, rouge sur les bords et à la pointe. Le ventre est légèrement ballonné et météorisé, et la fosse iliaque droite percutée donne un son tympanique et gargouille à la palpation. La diarrhée est peu abondante, jaune ocre et fétide. Le foie déborde de deux travers de doigt, et la rate augmentée de volume offre une matité de 14 centimètres en hauteur et autant en largeur. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal en dedans du mamelon, le premier bruit est assourdi, le pouls dicrote bat à 120 pulsations.

L'examen des urines fait découvrir une notable quantité d'albumine. Les jours qui suivent 24, 25, 26, 27 juin, l'état demeure le même avec température élevée, pouls rapide, délire tranquille. Les taches rosées apparaissent extraordinairement nombreuses, répandues sur le ventre, le thorax, le dos.

La malade se plaint pour la première fois, le 28 juin, de douleurs extraordinairement vives, qui la font gémir continuellement, dans les masses musculaires des jambes et des cuisses. Les réflexes restent normaux à ces membres. L'albumine existe toujours en notable quantité dans les urines.

29 juin. — On remarque des ulcérations des lèvres et de la langue, ulcérations assez étendues, recouvertes de fuliginosités formant de véritables fausses membranes dont la culture et l'examen microscopique ne donne aucun renseignement intéressant. La diarrhée persiste à raison de 2 à 3 selles par jour. Les bruits du cœur sont mieux frappés, mais les douleurs musculaires persistent extrêmement vives.

2 juillet. — Apparaît un œdème léger péri-malléolaire accompagné de douleurs lombaires et de diminution du volume des urines. La température subit une légère ascension, les bruits du cœur sont légèrement claqués, mais le rythme est normal. L'état général, cependant, semble s'améliorer les jours suivants, la malade, plus éveillée, n'est plus délirante que, parfois la nuit, la diarrhée a disparu remplacée par de la constipation combattue par des lavements.

6 juillet. — Les urines sont toujours rares, et on applique des ventouses sur les flancs, et on administre des diurétiques. Le volume des urines redevient normal le 8 juillet, il n'y a pas d'albumine, la malade réclame à manger. La température tombe rapidement. Guérison.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Prise dans le service du D^r Papin)

Germaine S..., dix-huit ans, orpheline, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, le 12 juin 1911, parce qu'elle se plaint de céphalée depuis huit jours avec anorexie légère et lassitude générale.

Comme antécédents héréditaires, elle ne signale rien

d'intéressant, elle eut la rougeole à sept ans, fut réglée à treize ans. Examinée le 23 juin, la malade présente une température de 38°8 et souffre encore un peu de la tête. Le sommeil est bon, pas de vertiges, pas d'épistaxis, mais encore une certaine asthénie générale.

Motilité, sensibilité et réflectivité sont normales. La jeune fille voit et entend bien. L'anorexie des premiers jours a presque totalement disparu, pas de diarrhée, les selles sont journalières et normales, pas de vomissements. La langue est saburrale sur toute son étendue. Le ventre paraît légèrement ballonné, et clapote un peu dans la fosse iliaque droite. On aperçoit trois taches rosées sur la région hypogastrique. Le foie ne déborde pas les fausses côtes, la rate offre une matité de 12 centimètres en hauteur, de 10 en largeur. On ne peut la palper.

A l'examen du cœur on remarque que la pointe bat dans le cinquième espace dans la ligne mamelonnaire, que les bruits sont bien frappés, sans souffles orificiels ou extra-cardiaques. Le pouls est à 70. Aux poumons on constate quelques râles fins, et la malade tousse légèrement. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Les jours suivants, 24 et 25 juin, on fait un séro-diagnostic qui est positif, les taches rosées lenticulaires augmentent, on en trouve 5. Mais l'état général demeure excellent. La malade réclame à manger, ne présente aucun trouble digestif. La température baisse régulièrement et on ne commence la nourriture que le 6 juillet après six jours d'apyrexie.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

(Prise dans le service du D^r Papin.)

Charlotte C., treize ans et demi, entre le 22 juin 1911, salle Saint-Roch, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, parce qu'elle souffre depuis longtemps de céphalée avec troubles digestifs violents, diarrhée, et qu'elle est dans un état de fatigue prononcé qui ne fait que s'accroître. Ces troubles digestifs durent depuis quinze jours, et ont été accompagnés d'une éruption d'urticaire à la suite de laquelle s'établit une poussée vespérale de température avec insomnie et céphalée plus violente.

Examinée le 23 juin, la malade souffre toujours de la tête, ne dort pas, ou mal, et ressent une lassitude générale qui lui fait garder l'immobilité la plus absolue. Les jambes et les bras sont le siège de crampes douloureuses exaltées par la pression. La motilité, la réflexivité et la sensibilité sont normales. L'anorexie est absolue; la diarrhée est très diminuée sur ce qu'elle fut avant l'entrée à l'hôpital, pas de vomissements ni de nausées. La langue est large, saburrale au centre, très rouge sur les bords et à la pointe. Le pharynx et les amygdales sont légèrement rouges, uniformément. Le ventre est ballonné légèrement et très douloureux à la percussion et à la palpation dans la fosse iliaque droite. Le foie déborde de un travers de doigt, et est excessivement douloureux à la palpation. Il y a une défense musculaire très nette à son niveau. La rate est très augmentée de volume, et offre une matité verticale de dix travers de doigt et de

neuf en largeur. Elle est impossible à palper à cause de la défense musculaire. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal sous le mamelon. Le premier bruit est assourdi à la base, le deuxième bruit normal. Le pouls est rapide à 100, nettement dicrote. Les poumons ne présentent aucune lésion. Les urines contiennent un peu d'albumine. La peau présente deux taches rosées sur l'abdomen.

Ce qui est caractéristique chez la malade, ce sont les douleurs musculaires à tous les muscles des membres supérieurs et inférieurs qui entravent tous mouvements. Les jours suivants la température, en s'élevant, force à recourir aux enveloppements humides. Les lèvres et la bouche s'ulcèrent et se recouvrent de fuliginosités épaisses. On recommande des lavages de la bouche. La rate demeure volumineuse, le cœur prend un rythme pendulaire. L'asthénie et la torpeur augmentent pendant deux jours. Le 1^{er} juillet l'état du cœur s'améliore, les bruits sont plus clairs, le rythme pendulaire disparaît. Les douleurs musculaires persistent cependant, mais la diarrhée a complètement disparu ainsi que les trois taches rosées observées. Le 5 juillet la rate a beaucoup diminué; le séro-diagnostic renouvelé pour la deuxième fois est nettement positif. Le 10 juillet l'état général est excellent, quelques douleurs se font encore sentir aux muscles des jambes. La guérison fut complète le 17 juillet.

OBSERVATION IX (Personnelle)

(Prise dans le service du D^r Papin.)

Marie D..., huit ans, orpheline, sans antécédents hérédi-

taires connus et personnels intéressants, entre le 22 juin 1911, salle Saint-Roch, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, parce qu'elle se plaint de céphalée, d'insomnie et qu'elle présente des troubles digestifs caractérisés par de l'anorexie et de la diarrhée depuis huit jours. Examinée le 23 juin, la malade présente quelques caillots dans la narine droite, reste d'épistaxis qu'elle eut la veille. L'état général semble bon ; la céphalée a disparu, plus d'insomnie, mais fatigue générale et vertiges passagers quand la malade se lève. Motilité, réflexivité, sensibilité sont normales.

La température est à 39°5. La langue de l'enfant est saburrale, rouge à la pointe et aux bords, l'appétit est conservé bien que diminué, la diarrhée est peu fréquente, deux ou trois fois par jour, liquide et jaune. Le ventre est un peu ballonné, pas douloureux mais tympanisé dans la fosse iliaque droite. Le foie remonte jusqu'au cinquième espace intercostal, et déborde les fausses côtes de deux travers de doigts, il est douloureux surtout au point vésiculaire. La rate offre une matité de cinq travers de doigts en hauteur, de quatre en largeur, mais n'est pas sentie à la palpation. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal en dehors du mamelon, l'impulsion cardiaque est bonne, les bruits du cœur sont normaux, le pouls est à 124. L'auscultation et la percussion des poumons ne donnent rien. Pas d'albumine dans les urines, ni de sucre. Pas de taches rosées, séro-diagnostic positif.

La diarrhée cède la place à la constipation dans les jours qui suivent. La température en plateau à 38, accuse le 29 juin une chute brusque due à un violent épistaxis. A partir du 30 juin, la température baisse régulièrement, le ventre

redevient normal, le foie et la rate diminuent et la guérison s'obtient.

OBSERVATION X (Personnelle)

(Recueillie dans le service du Dr Papin.)

Léonie B., treize ans, orpheline, entre le 22 juin 1912 dans le service du Dr Papin, salle Saint-Roch.

Sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants, elle se plaint depuis huit jours de céphalée frontale avec douleur abdominale et diarrhée. Elle tousse un peu depuis deux jours.

A l'examen, le 23 juin, la température atteint 39°5, la malade est prostrée, à peu près indifférente, se plaint de céphalée et de douleurs articulaires et musculaires vives, spontanées et provoquées par la pression et les mouvements. La malade n'entend plus que très mal depuis le début de la maladie. Sa langue est saburrale au milieu et rouge à la pointe et sur les bords ; l'anorexie est complète. La diarrhée est violente, jaune ocre et fétide, le ventre ballonné et tendu est douloureux à la palpation dans tout le côté droit.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigts et est douloureux, la rate est grosse, offrant une matité de 14 centimètres en hauteur, de 10 en largeur. Les urines contiennent beaucoup d'albumine et sont émises en petite quantité.

Le premier bruit du cœur est très assourdi à l'auscultation de la base, le pouls est à 110 et dicrote.

L'appareil respiratoire est très atteint, et la malade dys-

pnéique présente des râles muqueux fins disséminés dans toute la hauteur des deux poumons et des râles sibilants. La peau est couverte d'une véritable éruption de taches rosées sur le ventre, le thorax, les flancs et les bras. On fait des enveloppements humides répétés toutes les deux heures. Le séro-diagnostic est positif, et l'hémoculture permet de déceler le bacille d'Eberth.

Les jours suivants, l'état de la malade se maintient tel, caractérisé par une dyspnée très forte, de la toux, des crachats muqueux, et un délire surtout nocturne. L'éruption de taches rosées est toujours remarquable, mais la diarrhée diminue d'intensité au point de tomber à une ou deux selles par jour. Le 29 juin, les urines sont plus abondantes, mais contiennent encore une quantité notable d'albumine, les poumons sont toujours congestionnés. L'ouïe revient peu à peu et l'enfant entend mieux ce qu'on lui dit. Les douleurs musculaires et articulaires s'accroissent le 30 juin au point de faire crier la malade. Le 1^{er} juillet, les phénomènes pulmonaires dominent la scène, et les poumons présentent une zone de congestion aux deux bases. La dyspnée est intense. On procède à plusieurs applications de ventouses. Le cœur, cependant, reste bon, avec seulement atténuation du premier bruit à la base.

5 juillet. — Apparaît une nouvelle éruption de taches rosées aussi abondante que la première, mais plus fugace. Le 8 juillet, l'état des poumons s'améliore, la température baisse régulièrement et la guérison se produit lentement.

La surdité a complètement disparu.

OBSERVATION XI (Personnelle)

(Prise dans le service du Dr Papin.)

Marcelle A..., dix ans, orpheline, entre le 23 juin 1911, dans la salle Saint-Roch., à l'Hôtel-Dieu d'Angers, parce qu'elle se plaint de céphalée depuis huit jours et qu'elle souffre d'une insomnie continuelle. Elle ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents.

Examinée le 23 juin, on constate que la malade présente une température de 39°1, qu'elle est très abattue et répond lentement et mal à l'interrogatoire. Elle se plaint d'une grande fatigue au moindre mouvement, de vertiges quand elle se soulève pour aller à la selle, et elle présente des soubresauts tendineux aux avant-bras. La sensibilité, la motilité et la réflectivité sont normales.

La jeune malade présente une anorexie absolue et a la langue saburrale avec les bords et la pointe rosés. Pas de vomissements, pas de nausées, tendance à la constipation plutôt. Elle ne se plaint pas du ventre qui est normal à l'inspection, mais présente du tympanisme dans la fosse iliaque droite. La palpation de cette région est douloureuse et produit du clapotement. Le foie remonte jusqu'à la sixième côte et déborde en bas de deux travers de doigt les fausses côtes. Il est douloureux. La rate ne semble pas augmentée de volume et présente une surface de matité de cinq travers de doigt dans ses deux diamètres. A l'examen du cœur on ne constate pas de symptômes fonctionnels. La pointe bat dans le sixième espace intercostal un peu en dedans du

mamelon. L'impulsion cardiaque est molle et le premier bruit est assourdi. Pas de souffles orificiels.

Le pouls est à 110 et présente du dicrotisme.

La malade est dyspnéique, et l'auscultation révèle des râles fins aux deux bases, et quelques sibilants. Les règles sont apparues il y a une semaine, normales. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Sur la peau, on constate cinq ou six taches rosées lenticulaires caractéristiques. Le 29 juin apparaît de la diarrhée, et le ventre se ballonne et devient douloureux. La température augmente, atteignant 40 degrés, et l'asthénie, la torpeur vont croissant. Les taches rosées atteignent le nombre de 14 environ, réparties sur le ventre et les flancs. Le premier bruit du cœur ne s'entend plus, et la dysnée augmente avec la bronchite qui se généralise aux deux poumons. Le 1^{er} juillet, les urines examinées contiennent des traces d'albumine. Les lèvres s'ulcèrent et se recouvrent de fuliginosités. On fait une prise de sang pour hémoculture qui sera positive au bacille d'Eberth, et on tente le séro diagnostique qui fournit une agglutination rapide. Le 3 juillet, la langue s'ulcère à son tour, les urines se font rares, la malade étouffe. On fait une application de ventouses sur le thorax et sur les flancs. Les jambes sont œdématisées, le premier bruit du cœur ne s'entend plus à la base. La diarrhée est violente, la rate atteint une matité de 15 centimètres de hauteur, le foie déborde de trois travers de doigt et est douloureux à la pression. Le 7 juillet, à la somnolence continuelle de la malade, s'ajoute un délire tranquille, diurne et nocturne.

La diarrhée fait place à de la constipation le 7 juillet, et les phénomènes généraux demeurent stationnaires. Le 8 juil-

let la quantité des urines augmente et on n'y découvre plus d'albumine. La température baisse, mais le cœur reste toujours très malade, avec ébauche du bruit de galop, pouls à 120 et dicrote. Les taches rosées qui ont été extrêmement abondantes, tendent à disparaître, laissant après elles de la pigmentation. L'amélioration se dessine nettement à partir du 13 juillet, et la guérison s'obtient vers le 22 juillet. Une seconde prise de sang pour hémoculture, prise huit jours après la première, donna elle aussi un résultat positif pour le bacille d'Eberth.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Prise dans le service du Dr Papin.)

Odette R..., treize ans, orpheline, entre le 22 juin 1911 à l'Hôtel-Dieu d'Angers, salle Saint-Roch, parce qu'elle se plaint de céphalée violente et de troubles digestifs intenses caractérisés par une diarrhée rebelle, dix à onze fois par jour. La malade, examinée le 23 juin, présente un état général très mauvais. La fièvre est élevée à 39°5, le pouls rapide à 140, et un état de prostration avec somnolence succède à des crises d'excitation prolongée pendant lesquelles la malade répond très mal aux questions qu'on lui pose. Les avant-bras sont le siège de soubresauts tendineux continuels. Le visage bouffi, blanc et luisant, attire immédiatement l'attention sur l'examen des urines. Elles contiennent des flots d'albumine, mais leur volume ne peut être apprécié, la malade faisant sous elle, et étant diarrhéique. Les selles, en effet, se répètent toutes les heures, jaunes, fétides,

liquides, le ventre est tendu, ballonné et extrêmement douloureux partout, mais surtout dans la fosse iliaque droite. La malade ne songe même pas à manger, mais demande souvent à boire.

L'appareil pulmonaire est normal. Le cœur bat dans le sixième espace intercostal, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Ses bruits sont sourds. L'impulsion cardiaque est pour ainsi dire insensible. Le pouls est à 140.

La rate donne une matité peu augmentée : 15 centimètres sur 11 environ, mais le foie déborde de trois travers de doigt et est douloureux à la pression.

Cet état persiste pendant quelques jours pendant lesquels on institue le traitement par enveloppements humides. La langue devient sèche, rôtie, rouge sur les bords; la toux apparut, coïncidant avec des râles fins de congestion pulmonaire aux deux bases. Les lèvres s'ulcèrent le 28 juin, et recouvrent de véritables fausses membranes. La bouche présente, elle aussi, de nombreuses ulcérations sur les joues, les amygdales, les piliers, et on dut procéder à de grands lavages de cet organe. Le 29 juin la petite malade est très abattue, ne répond pas quand on lui parle; le pouls à 130 est dicrote, le cœur présente un rythme embryocardique avec assourdissement de ses bruits.

L'hémoculture tentée, donne un résultat positif, et le séro-diagnostic donne une agglutination rapide.

La diarrhée continue, mais moins intense : le ventre est moins ballonné, mais est couvert d'une véritable éruption de taches rosées qui s'étendent sur la poitrine, le dos et même les bras. Ces taches offrent toutes les apparences des taches rosées lenticulaires, et quelques-unes, en disparaissant, laissent, après elles, une certaine pigmentation.

1^{er} juillet. — La malade se plaint de vives douleurs dans la jambe gauche, sensible à la palpation, mais non œdématiée. Une bronchite aiguë s'est déclarée, les poumons sont remplis de râles. L'enfant est dyspnéique, délirante, présentant un souffle extracardiaque à la pointe, souffle inconstant, variant avec les positions du corps, cependant que la diarrhée fait place à une constipation opiniâtre qu'on doit combattre avec des lavements.

6 juillet. — Pas de modification dans l'état général, qui reste aussi grave ; tremblement des lèvres et des mains. Les douleurs musculaires persistent dans les deux jambes, le délire accompagne la température toujours très élevée. Les taches cependant disparaissent, et l'enfant paraît plus éveillée par moments.

12 juillet. — Amélioration légère, constipation et présence d'albumine dans les urines, mais en petite quantité. Le 15 juillet se forme un abcès de la grosseur d'une noix dans la région thoracique antérieure. Le pus cultivé fournit une culture de staphylocoques. Le 17 juillet la température est tombée à peu près à la normale, l'enfant est éveillée, se dit guérie et veut manger ; cet état persiste jusqu'au 25 juillet avec des remontées passagères de la fièvre à 37°3, 37°5. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

26 juillet. — La température monte soudain à 39 degrés et une éruption scarlatiniforme recouvre la face interne les cuisses, les bras et la poitrine. La pointe de la langue est rouge, mais il n'y a pas d'angine. L'hémoculture et le séro-diagnostic pratiqués sont positifs pour le bacille d'Eberth. Le 1^{er} août, la température restée élevée s'abaisse définitivement.

vement, et il n'est pas constaté de desquamation. Pas d'albumine non plus dans les urines.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

(Prise dans le service du D^r Papin.)

Renée A..., vingt ans, orpheline, entre le 23 juin 1911 à l'Hôtel-Dieu d'Angers, parce qu'elle se plaint de céphalée et qu'elle ressent des étourdissements depuis huit jours. Elle s'est alitée le 21 juin, manquant d'appétit, souffrant d'insomnie, mais n'offrant aucun trouble intestinal.

Examinée le 23 juin, la jeune fille ne se plaint que très peu de ses maux de tête, et ne se trouve plus malade. La température est à 38°3. L'abdomen ne présente aucune tache, il est souple, indolore, sans zones de clapottement. La rate percutée est petite (3 travers de doigts environ de hauteur). Le foie ne déborde pas et est insensible. Le cœur bat dans le cinquième espace, ses bruits sont clairs, sans souffles; le poulx bien frappé est à 90. Les poumons n'ont aucune lésion, la malade ne tousse pas. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine et sont de quantité normale. La jeune fille dort parfaitement, n'a présenté à aucun moment de délire et réclame à manger. Le 27 juin apparaissent deux taches rosées sur le ventre et quelques autres, trois ou quatre, sur le dos. L'état général continue à demeurer excellent, la température après s'être maintenue quelque temps à 38 degrés, puis 37°5, tombe définitivement, vers le 5 juillet. Du 27 juin à cette date les taches rosées disparurent, il n'y eut aucun trouble digestif, le cœur ne fut pas atteint et la guérison fut déclarée le 10 juillet.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

(Prise dans le service du D^r Papin.)

Marthe T..., onze ans et demi, orpheline, entre le 22 juin 1911, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, salle Saint-Roch, parce que depuis cinq jours elle se plaint de céphalée et de troubles digestifs se traduisant par de l'anorexie et un peu de diarrhée.

Examinée le 22 juin, la jeune fille se plaint toujours de céphalée frontale très intense qui l'absorbe et l'empêche de reposer la nuit. Cependant la malade est éveillée et répond parfaitement aux questions de l'interrogateur. La température est de 38 degrés.

A l'examen de l'appareil digestif on constate d'abord de l'anorexie, une langue saburrale rosée à la pointe et sur les bords. La diarrhée, qui fit son apparition deux jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, a disparu complètement, et les selles sont suffisamment consistantes et bien moulées, de plus journalières. La palpation du ventre décèle du clapotement dans la fosse iliaque droite qui est douloureuse, et la percussion de la rate la montre augmentée de volume avec une matité de 15 centimètres de hauteur sur 10 de largeur environ. Le foie déborde les fausses côtes de deux grands travers de doigts et sa palpation est douloureuse.

Le cœur a des bruits un peu mous, il bat à 90 pulsations et sa pointe est sentie dans le cinquième espace dans la ligne mamelonnaire. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le 23 juin, apparaissent de nombreuses taches rosées recouvrant le ventre, la poitrine et les flancs, et un léger état typhoïde se manifeste avec prostration, subdélire nocturne

qui dure deux jours environ. Le 27 juin, l'état général s'est maintenu tel que le premier jour, mais le premier bruit du cœur s'est assourdi, et on entend à la pointe un souffle mésosystolique extracardiaque, variant suivant les positions prises par la malade. Le pouls est à 100. Le séro-diagnostic tenté le 2 juillet fut positif et rapide. L'état du cœur s'améliore à partir de ce jour, les bruits sont mieux frappés, le souffle extracardiaque persiste cependant. Les taches rosées demeurent bien que moins nombreuses, l'état saburral de la langue diminue, l'appétit revient, et la température disparaît. La rate et le foie diminuent de volume. La nourriture est donnée à partir du 6 juillet.

OBSERVATION XV (Personnelle)

(Prise dans le service du D^r Papin.)

Jeanne J..., dix ans, orpheline, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, salle Saint-Roch, parce que depuis huit jours elle se plaint de céphalée avec insomnie et perte d'appétit.

Examinée le 8 juillet, la jeune fille présente une température de 39 degrés. Elle se plaint toujours de céphalée, moins intense qu'au début, et n'a aucun appétit. Elle dort mal, mais cependant elle ne paraît pas abattue, et cause avec ses voisines, s'intéresse à ce qui l'entoure. La langue de la malade est blanche, épaisse, le ventre est souple à la palpation sans zones de gargouillement ou de points douloureux. Pas de diarrhée, plutôt constipation de deux à trois jours. La rate percutée n'est pas augmentée de volume, et le foie

déborde à peine les fausses côtes. Pas de taches rosées. L'appareil pulmonaire est sain, aucun râle de bronchite ou de congestion. Le cœur bat à 100 pulsations, les bruits en sont bien frappés sans souffles et sans modifications du rythme. Les urines sont normales. Les jours suivants, l'état général de la malade demeure bon, l'appétit revient. La température est tombée le 17 juillet, et ce jour même apparurent très nettement quelques taches rosées. Le séro-diagnostic tenté le 17 juillet, fut positif.

Jamais il n'y eut de diarrhée, la rate n'augmenta jamais de volume, pas le moindre état typhoïde. La malade fut alimentée à partir du 21 juillet.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

(Prise dans le service du Dr Papin.)

Marcelle H..., dix-huit ans, orpheline, entre le 22 juin 1911 à l'hôpital, salle Saint-Roch, parce qu'elle se plaint de céphalée depuis quatre jours, avec insomnie. A l'examen, on constate une température de 38 degrés et la malade se plaint de céphalée continuelle, mais légère. L'appétit persiste et il n'y a ni diarrhée ni constipation. La jeune fille n'est pas abattue et répond parfaitement aux questions qu'on lui pose.

La langue est saburrale, un peu rosée aux bords. Le ventre est souple, normal, pas de clapotement ni de douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de taches. La rate percutée offre une matité de 5 centimètres de hauteur sur 4 de largeur. Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Le cœur offre une zone de matité normale, sa pointe bat dans le cinquième espace intercostal. Les bruits en sont bien frappés. Le pouls est à 90 et présente un léger dicrotisme. L'appareil respiratoire est sain, aucun râle de bronchite dans les deux poumons. Les règles de la malade se sont présentées normalement quinze jours avant qu'elle ne tombe malade; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

17 juin. — Les jours qui suivirent l'entrée de la malade dans la salle Saint-Roch, l'état général se maintint excellent. L'appétit persista, il n'y eut jamais de diarrhée, pas de constipation. Il ne fut pas possible de distinguer le moindre instant d'abattement ou de torpeur, et jamais n'apparurent de taches rosées. La rate n'augmenta pas de volume. Le cœur, un peu rapide les premiers jours, revint rapidement à 80 pulsations, et ses bruits furent toujours bien frappés. Le dicrotisme disparut le 26 juin et, ce jour-là, le séro-diagnostic tenté fut nettement positif. La température tomba complètement le 28 juin et l'alimentation réclamée, depuis le début de la maladie par la jeune fille, fut commencée.

OBSERVATION XVII

(Prise dans le service du Dr Papin, salle Saint-Roch.)

Marie D..., vingt-six ans, orpheline, entrée à l'hôpital pour céphalée violente qui dure depuis huit jours environ.

La malade a des antécédents héréditaires chargés. Un de ses frères est tuberculeux, ses parents sont morts probablement tuberculeux.

Personnellement la jeune fille ne fut jamais malade, mais tousse parfois l'hiver. A l'entrée dans le service, le 22 juin 1911, la malade se plaint encore de céphalée, mais sans accompagnement d'aucun autre trouble. L'état général est bon, la langue chargée est rouge sur les bords. La température vespérale est de 39°8, le pouls est à 100. Pas d'abattement, pas de délire, la malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose et ne se plaint que d'une insomnie légère.

Les troubles digestifs consistent en une anorexie absolue, sans phénomènes de diarrhée. Les selles sont normales. Le ventre est souple, indolore; la fosse iliaque droite clapote un peu, mais se laisse déprimer sans douleur.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace en dedans du mamelon, les bruits en sont bien frappés.

A l'auscultation des poumons, on trouve quelques râles de bronchite disséminés. La percussion du foie montre qu'il déborde les fausses côtes de un travers de doigt, et il est sensible à la palpation. La rate offre une matité de 10 centimètres de longueur sur 5 à 6 de largeur.

24 juin. — Apparaît pour la première fois une diarrhée violente avec vomissements répétés et 3 taches rosées se montrent sur le ventre. La rate augmente de volume et sa matité dépasse 13 centimètres en hauteur. Elle est perceptible à la palpation. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, et devient plus sensible à la pression.

Les 25 et 26 juin, la malade, dont l'état digestif est mauvais, tombe dans une prostration profonde dont on la fait sortir difficilement. La température dépasse 40 degrés, le pouls est

à 130 et le cœur présente un assourdissement du premier bruit et un rythme embryocardique.

27 juin. — On fait une prise de sang pour l'hémoculture, qui donnera un résultat positif pour l'Eberth. Le séro-diagnostic répété fut positif et l'agglutination rapide.

29 juin. — Les symptômes digestifs deviennent de plus en plus graves. Il y a incontinence absolue de l'urine et des matières fécales. Le délire est constant, doux, avec parfois crises d'excitation. La malade est absolument sans connaissance, et le traitement, par les enveloppements humides, n'amène pas de baisse sensible de la température.

Le cœur est de plus en plus atteint. Il bat à 150 ; le choc de la pointe est mou, le pouls est dépressible, et l'auscultation ne permet plus d'entendre le premier bruit. La malade est couverte de taches rosées et de sudamina, sur le ventre et la poitrine.

1^{er} juillet. — Apparaissent de profondes ulcérations sur les lèvres, recouvertes de véritables fausses membranes dont la culture ne donne aucun renseignement. Le ventre est ballonné, tendu, il y a de nombreux soubresauts tendineux et parfois on remarque du strabisme passager. Le délire est continu, la malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Les bruits du cœur présentent un rythme pendulaire, et deviennent presque incompressibles. La rate est toujours très grosse et le foie déborde de plus de deux travers de doigt.

5 juillet. — La diarrhée s'arrête, on constate une raideur de la nuque absolue avec signe de Kernig accentué, et la malade reprend connaissance pendant quelques heures, présentant du tremblement des deux mains et de la mâchoire.

7 juillet. — Nouvelle prise de sang pour hémoculture qui

sera aussi positive. La malade retombe bientôt dans le coma, la respiration devient superficielle et accélérée (30 à la minute), les bruits du cœur sont sourds, irréguliers, et la malade meurt le 7 juillet.

L'autopsie ne put être effectuée.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

(Prise dans le service du professeur Jagot.)

M^{me} Marie N..., cinquante-sept ans, domestique, sans antécédents héréditaires ou personnels remarquables,

20 décembre 1911. — La malade ressent un malaise général avec fièvre légère, sueurs nocturnes, perte d'appétit : quelques nausées et vomissements. Elle entre à l'hôpital le 8 janvier 1912. Elle paraît amaigrie, se plaint de céphalée légère, et est dans un état de stupeur marquée. Les yeux sont fixes, la langue sèche, le ventre légèrement tympanisé, gargouille dans la fosse iliaque droite et est douloureux. On voit quelques taches rosées sur la peau du ventre. Constipation, urines normales. Le foie déborde de deux travers de doigt, et la rate offre une matité de 15 centimètres de hauteur sur 13 de largeur. Les muscles sont le siège de secousses et de tressaillements tendineux.

Bronchite généralisée des deux poumons, toux surtout violente la nuit, crachats muqueux.

Le cœur est rapide, bat à 120. Le pouls est petit, dépressible, non dicrote. Ébauche de bruit de galop.

La malade, dont la température était de 39 degrés le troisième jour après son arrivée à l'hôpital, voit cette température baisser peu à peu, en même temps que disparaissent

les signes physiques précités. Mais la fièvre est demeurée sans cesse oscillant entre 37°5 et 38°2 jusqu'au 25 février, sans qu'aucun signe physique ou fonctionnel permette de localiser spécialement l'affection. Le séro-diagnostic répété à plusieurs reprises, fut toujours positif.

La malade sort apyrétique le 6 mars 1912.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(Observation communiquée par le professeur Jagot.)

M^{me} T..., modiste, trente-deux ans, fait une typhoïde adynamique grave, d'une durée de deux mois environ. Dans le courant de la convalescence, on constate vers la partie moyenne du tibia droit, puis du tibia gauche, une petite tuméfaction assez dure, donnant la sensation de fluctuation profonde.

A la pression et à la marche, douleur irradiée à toute la jambe. Des pointes de feu répétées amènent la résolution et il ne demeure qu'une ostéo-périostite large comme une pièce de 50 centimes, qui disparaît au bout de dix-huit mois.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Communiquée par le professeur Jagot.)

M^{me} B..., vingt-quatre ans, fait une typhoïde de moyenne intensité, avec cependant hémorragies intestinales, présente pendant la convalescence un point douloureux tuméfié au devant du tibia gauche. Le point large comme une pièce de 50 centimes, devient fluctuant.

Une ponction ramène un peu de pus contenant du bacille

d'Eberth pur. L'intervention fait constater la présence d'un abcès en bouton de chemise dont l'origine est situé dans le tissu spongieux du tibia. Curetage et guérison par première intention.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Communiquée par le professeur Jagot.)

Le quatrième cas concerne un M. I..., négociant, âgé de quarante-cinq ans. Pris, au mois de janvier 1908, d'accidents fébriles à exaspération vespérale, toux congestive, râles disséminés et en foyers dans les deux poumons. Mauvais état intestinal caractérisé par des selles molles, demi-diarrhéiques, fétives. On pense d'abord à de la grippe, à de la typho-bacillose. Le séro-diagnostic, pratiqué à plusieurs reprises, est toujours négatif.

Cet état dure trois mois, vers la fin desquels le malade se plaint d'un point douloureux persistant au niveau de la cinquième côte gauche à la région antérieure. Au bout de quelques semaines il se forme un abcès qui est ponctionné et injecté à l'éther iodoformé. Le pus cultivé, donna une culture pure d'Eberth. La guérison du malade ne fut obtenue qu'à la suite de trois curettages successifs et un long séjour à Biarritz, et l'état général, après avoir voisiné la cachexie, redevint excellent.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(Communiquée par le professeur Jagot.)

M^{me} M..., ménagère, vingt-trois ans, fait une typhoïde légère, mais de longue durée (deux mois). Dans la convalescence, il se déclara un abcès du tibia gauche né en tissu

spongieux, et dont la culture révéla du baccille d'Eberth pur.

OBSERVATION XXIII (résumée)

(Prise dans le service du professeur Jagot.)

Louis A..., vingt-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 28 avril 1910.

Les antécédents héréditaires sont bons, les antécédents personnels accusent une bronchite chronique et un éthylisme reconnu. La maladie commença le 15 avril par des phénomènes intestinaux dus, dit le malade, à l'absorption d'une eau malsaine. Ces phénomènes se compliquent au bout de huit jours de céphalée avec insomnie, de fièvre, d'abattement, de délire. Le malade entré à l'hôpital, fit une fièvre typhoïde avec prostration, température à cycle classique, grosse rate, tache rosées et persistance de la diarrhée avec tympanisme considérable. Le cœur faiblit passagèrement. Balnéation froide du malade et guérison en six semaines.

OBSERVATIONS XXIV, XXV, XXVI, XXVII

(D^r Pilven et J. Pilven.)

1^o En août 1911, le jeune N..., de Briec (Finistère), revient du régiment en congé de convalescence d'une fièvre typhoïde. Le lendemain de son arrivée, il présentait une température de 40 degrés et l'évolution de la maladie, offrit dans la suite les symptômes nets d'une fièvre typhoïde grave, diarrhée, prostration, taches rosées. Vers le quinzième jour, il se déclara un point de côté violent à droite, avec hémoptysies, signes de congestion aiguë et gonflement simultané, mais

modéré du pied droit, depuis les malléoles jusqu'au genou.

Les symptômes pulmonaires offrirent tout à fait les signes d'une embolie : crachats hémoptoïques, matité, souffle, puis gargouillements, expectoration purulente et fétide qui persista plusieurs semaines.

Vers la septième semaine de la maladie, la température tomba, et la guérison tant locale que générale se manifesta.

2° Pea après son frère, une jeune fille de vingt ans offrit les symptômes de typhoïde classique : diarrhée, prostration, taches rosées. Vers le huitième jour, le cœur commença à fléchir, devint arythmique et la mort survint, rapide. Le malade ne présenta aucun accident pulmonaire ni phlébique.

3° Quelques jours avant cet accident, un jeune homme de vingt-cinq ans, un autre de treize ans, et une jeune fille de dix-sept ans tombèrent malades en même temps. Tous trois firent une fièvre typhoïde remarquablement typique. La température atteignit des hauteurs de 40°5, la diarrhée se manifesta intense avec ventre ballonné, grosse rate, foie débordant et douloureux, prostration, léger rythme cardiaque embryocardique, bronchite légère, et chez tous, en période agüe se produisirent des accidents de phlébite agüe du membre inférieur droit.

Cette phlegmasia atteignit des proportions considérables, mais guérit rapidement en même temps que la typhoïde, qui évolua dans l'espace de quatre semaines environ.

En raison de l'éloignement du village où se produisit l'épidémie que nous relatons, situé à 17 kilomètres de Quimper, il fut impossible pour le médecin traitant de suivre au jour le jour ses malades, et comme les parents, père et mère seuls demeurés valides dans la ferme étaient eux-mêmes hors

d'état de prendre convenablement des températures journalières, il nous fut impossible de joindre une feuille de température à ces observations.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

(Communiquée par le Dr Dénécheau.)

M^{me} X..., vingt deux ans. Antécédents héréditaires et personnels excellents. Est prise le 7 janvier 1912 de céphalée, courbature et fièvre. Il n'y a ni diarrhée, ni constipation, pas d'épistaxis. Ce début rapide, sinon brusque, fait penser à une invasion de grippe ; les jours suivants seulement le diagnostic de fièvre typhoïde peut être soupçonné, encore faut-il le séro-diagnostic pour l'établir.

L'évolution se fait simplement, sans aucun symptôme grave. La température est oscillante, suivant cependant le schéma de Wunderlich ; la céphalée persiste ; il n'y a ni délire, ni aucune trace de stupeur. Enfin, seule une diarrhée légère limitée à une ou deux selles par jour avec un léger tympanisme rappelle la localisation intestinale du bacille d'Eberth. La rate est grosse, le foie également hypertrophié, enfin des taches rosées discrètes apparaissent le septième jour. Sous l'influence de simples lotions et enveloppements frais, l'affection tourne court et en douze jours l'apyrexie complète s'établit.

La convalescence se complique d'une pyélo-néphrite peu grave, se marquant pourtant par de l'albumine, du pus et des cylindres granuleux et hématiques.

L'étiologie parut facile à établir, la maladie étant survenue quinze jours après l'absorption d'huîtres, et aucune autre cause ne semblant pouvoir être incriminée.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

(Communiquée par le professeur Jagot.)

M^{me} F..., trente-trois ans, en janvier 1910 tombe malade douze jours après l'absorption d'huîtres de Cancale mangées en famille. Après une incubation marquée par des troubles très vagues, céphalée légère, phénomènes digestifs très peu accentués, elle s'alite vers le 15 janvier 1910, présentant une température à 40 degrés avec diarrhée intense, troubles nerveux graves, adynamie complète.

Le début véritable de la maladie fut donc brutal, et terrassa la malade en pleine santé.

Dans la suite une typhoïde grave s'établit, régulière, présentant les symptômes classiques habituels : stupeur, abattement très marqué, diarrhée, céphalée, apparition des taches rosées au huitième jour. La température très élevée suivit la courbe de Wunderlich, et à la fin de la troisième semaine la malade entra en convalescence très rapidement. Le séro-diagnostic répété fut toujours positif.

OBSERVATION XXX (Résumée)

(Communiquée par le professeur Jagot.)

Pendant la maladie de M^{me} F..., M. F..., trente-cinq ans,omba lui-même malade, après avoir goûté aux mêmes huîtres que sa femme. L'apparition du début de la maladie fut également brutal, précédé de quelques troubles digestifs auxquels le patient n'accorda aucune importance. Le 20 jan-

vier M. F..., rhumatisant avec lésions cardiaques anciennes, s'alita, et présentant une température de 39 degrés, vit s'aggraver ses phénomènes cardiaques. En même temps les symptômes intestinaux devenaient plus aigus.

Le séro-diagnostic fut positif nettement et les troubles nerveux devinrent remarquables par leur violence, sans que la température dépassât jamais 38°5 ou 39 degrés. Le cœur devint mou, irrégulier, il se produisit une asystolie aiguë qui entraîna la mort du malade au dixième jour.

OBSERVATION XXXI (Résumée)

(Communiquée par M. le professeur Jagot.)

La jeune bonne de M. F..., âgée de dix huit ans, entrain le 25 janvier à la salle Fabiola, de l'Hôtel-Dieu d'Angers, présentant depuis quinze jours une fatigue générale avec céphalée et température élevée. Le séro-diagnostic conseillé par la notion de milieu infecté fut tenté, et donna un résultat positif au 1/100. L'évolution de la maladie révéla un état remarquablement indemne ; pas de troubles digestifs, aucun trouble nerveux, pas de taches rosées. La malade reste souriante, cause, rit et dort bien. Son cœur est normal, il n'existe ni gros foie, ni grosse rate ; les urines ne contiennent pas d'albumine, le ventre n'est pas ballonné, pas de douleur dans la fosse iliaque droite, les poumons sont indemnes. Malgré tout, l'hyperthermie atteint 40 degrés et persiste plus que normalement, la malade sortie trente jours après son entrée à l'hôpital présente encore 37°4 à 37°6 le soir.

OBSERVATION XXXII (Résumée)

(Communiquée par le professeur Jagot.)

Le jeune F..., âgé de huit mois, tomba malade peu après le départ de sa bonne pour l'hôpital. Vers le 27 janvier 1912, il devint pleureur, eut des digestions difficiles, sans diarrhée, et présenta de l'hyperthermie, 38 à 39 degrés. Il n'y eut aucune atteinte pulmonaire, et seule l'hyperthermie et l'amaigrissement révélèrent une atteinte infectieuse qu'on attribua à l'Eberth. En effet, le séro-diagnostic tenté fut positif. Jamais il n'y eut de taches rosées, jamais de diarrhée. La maladie évolua rapidement vers la guérison.

OBSERVATION XXXIII (Résumée)

(Communiquée par M. le professeur Jagot.)

M^{me} F..., mère, âgée de cinquante-trois ans, ayant goûté aux mêmes huîtres que ses enfants, tomba malade subitement vers le 15 janvier, présenta une hyperthermie considérable, et souffrit violemment d'une céphalée tenace. Une typhoïde grave se déclara, avec phénomènes digestifs et nerveux accentués, taches rosées, courbe caractéristique de la température.

En période d'état, une phlébite grave se produisit qui menaça de suppurer, et la convalescence s'établit, longue, prolongée au delà des délais classiques, avec recrudescence de la température. Ce ne fut qu'au bout de plus de quarante jours que M^{me} F.... put se croire guérie, gardant seulement

de l'impotence de la jambe droite. Le séro-diagnostic répété fut toujours positif.

OBSERVATION XXXIV

(Communiquée par M. le professeur Jagot.)

* Le valet de chambre de M. et M^{me} F..., âgé de trente ans, présenta vers le 20 janvier des phénomènes vagues, digestifs et nerveux : vertiges, céphalée, anorexie. La température du malade atteignant 38 degrés, le fit entrer à l'hôpital, mais il n'y resta pas couché, se levant, vaquant à diverses occupations. La céphalée persista avec anorexie, et la fièvre atteignit parfois 38°5 sans que l'état général se montrât très altéré. Le séro-diagnostic tenté, de parti pris, fut positif. Le malade guérit parfaitement au bout de quatre semaines,

Fait curieux, M. et M^{me} F... envoyèrent à des amis de Nantes un colis des huîtres reçues par eux. Deux personnes de ces amis firent une typhoïde grave, qui les frappa brusquement, mais leur observation ne nous a pas été communiquée.

OBSERVATION XXXV

(Prise dans le service du professeur Jagot.)

Le 22 mars 1911, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, salle Saint-Paul, le nommé D..., vingt et un ans, couvreur. Les antécédents héréditaires du malade sont bons. Dans ses antécédents personnels on note une rougeole et une bronchite,

La maladie actuelle débuta le 8 mars par des troubles digestifs et des épistaxis, de l'asthénie générale et de l'anorexie. Le malade examiné le 22 mars répond mal aux questions qu'on lui pose, est somnolent et présente une température de 40°2. La langue est saburrale et rouge à la pointe, l'anorexie est absolue, et la diarrhée abondante se répète onze à douze fois par jour. Le ventre est ballonné et gargouille fortement dans la fosse iliaque droite qui paraît douloureuse à la pression. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, et est sensible. La rate volumineuse offre une matité de 15 centimètres en hauteur, de 14 centimètres en largeur. Le cœur présente un rythme pendulaire, le premier bruit est assourdi à la base, le pouls bat à 160 et est dépressible et faible. La pression artérielle donne + 13 et — 6 au Pachon. L'examen des poumons permet de constater des râles de bronchite disséminés des deux côtés, et de remarquer que le malade fait 30 inspirations à la minute.

Le deuxième jour après l'entrée du malade à l'hôpital, on constate une raideur de la nuque accentuée avec Kernig léger. La stupeur est marquée, sans délire, on obtient la raie méningitique nettement.

Les urines contiennent de l'albumine et sont de volume normal. Le séro-diagnostic est positif, et l'agglutination rapide au 1/50. Pas de taches rosées. La diarrhée a subitement cessé et depuis deux jours le malade ne va pas à la selle. Le 28 mars, malgré les bains, la température demeure à 40 degrés et la raideur de la nuque et le Kernig persistent, le malade a une selle liquide légèrement noirâtre dans laquelle on découvre du sang. On découvre deux taches rosées.

30 mars. — Dans la nuit, le malade est pris d'une hémorragie intestinale violente et meurt rapidement.

A l'autopsie on remarque un cœur flasque et mou, couleur « feuille morte », mais sans lésions orificielles, et à l'intestin grêle, au niveau de l'iléon, on remarque deux ulcérations de la taille d'une pièce de 50 centimes et siégeant au niveau de deux plaques de Peyer. Le gros intestin contient des matières liquides, fortement colorées par le sang.

CONCLUSIONS

Parmi les 35 cas de fièvre typhoïde qu'il nous fut donné d'étudier, nous avons trouvé :

1° Des formes dothiémentériques classiques, avec cependant parfois atténuation des symptômes cliniques et légère modification dans l'ensemble de l'évolution générale de la maladie ;

2° Des formes dothiémentériques dans lesquelles, au-dessus des symptômes ordinaires, dominèrent des localisations pulmonaires, cardiaques rénales de l'infection ;

3° Des formes de septicémies éberthiennes subaiguës ou chroniques ;

4° Des formes septicémiques avec localisation unique de l'infection, méningée, intestinale, rénale ;

5° Ces faits ne faisant que corroborer les observations présentées ces temps derniers, tant à la Société médicale des Hôpitaux de Paris que dans des publications variées, permettent d'admettre que dans de

nombreux cas la septicémie par le bacille d'Eberth remplace l'entérite primitive. Aussi avons-nous substitué dans nos cas particuliers, au terme « fièvre typhoïde », celui plus explicite « d'états éberthiens ».

Vu : le Président de la thèse,

ACHARD

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUDIBERT. — Le Processus éberthien. La Septicémie éberthienne (Marseille médical, n° 18, 1908).
- Septicémie éberthienne pure subaiguë (Semaine méd., 1910).
 - Septicémie chronique éberthienne (Marseille méd., septembre 1910).
 - Septicémie éberthienne (Marseille médical, 1908).
 - Ictère infectieux primitif éberthien (Revue de médecine, 10 mai 1909).
- AUDIBERT et MONGE. — Septicémie éberthienne.
- ANGÉLI (P.). — Rash scarlatiniforme dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1899.
- ANATASIEVITCH. — Myélite aiguë, suite de typhoïde.
- ACHARD. — Cholécytite, puis ictère au douzième jour d'une fièvre typhoïde (Sem. méd., 5 août 1908).
- ALVAREZ. — Périsplénite et pleurésie de voisinage dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1886.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de Médecine.
- BARJOU et LESIEUR. — Septicémie éberthienne à forme d'arthro-typhus (Journ. de Phys. et Pathologie générale, 1901).
- BEZANÇON et PHILIBERT. — Formes extra-intestinales de l'inf. éberthienne (Journal de Phys. et Pathologie générale, 1904).
- Cholécytite éberthienne sans fièvre typhoïde (Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1901).
- BLUMENTHAL. — Fièvre typhoïde sans phénomènes intestinaux (Deutsch. Medical Woch., 1902).

- BLUM. — Typhoïde à début appendiculaire. Opération de l'appendice gangrené (Semaine médicale, 1907, p. 434).
- BÉRIEL. — Phlébite du membre inférieur gauche dans la typhoïde (Presse médicale, 5 janv. 1910).
- BRUNO. — Sur l'histoire de la fièvre typhoïde sans lésions intestinales (Polielinico, section pratique, f. 33, n° 42).
- BISSELIK (J.-W.). — Ostéite éberthienne sans typhoïde (Semaine médicale, 22 déc. 1909).
- BERGÉ. — Méningite cérébro-spinale éberthienne sans typhoïde (Semaine médicale, 8 nov. 1911).
- BARIÉ et LIAN. — Épilepsie bravais-jacksonienne et hémiplegie gauche avec Babinski net par atteinte toxique éberthienne chez un malade à hérédité nerveuse (Presse méd., 2 nov. 1907).
- BAUDRY. — Typhoïde et paralysies périphériques. Thèse de Paris, 1895.
- BUSCH. — Pneumonie typhoïde. Thèse de Montpellier, 1884.
- BRULÉ et TOUPET (R.). — Septicémie éberthienne à type de septicémie puerpérale (Bulletin Soc. méd. Hôp. Paris, 25 fév. 1910).
- BUIZARD. — Typhoïde et lithiase biliaire. Thèse de Paris, 1909.
- BLUM (Léon). — Observation d'angine ulcéreuse à bacille d'Eberth (Sem. médicale, 22 janv. 1908).
- COURMONT. — Pratique de l'hémoculture.
- CHARREIN et ROGER. — Présence du bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorragique (Bulletin de Soc. méd., nov. 1911, p. 185).
- CHARPENAY. — Typhoïde à début appendiculaire (Presse méd., 10 août 1907).
- CHEURLLOT. — Taches rosées lenticulaires dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1910.
- CESSON. — Exanthème scarlatiniforme dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1910.
- CARIÈS (H.). — De la valeur pronostique des taches rosées len-

ticulaires dans les formes exanthématiques de la typhoïde infantile. Thèse de Lyon.

CHEVREUI. et SACQUEPÉE. — Fièvre typhoïde sans lésions intestinales (Progrès médical, février 1905).

CONRADI. — Sur la présence du bacille d'Eberth dans le sang dès la période d'incubation de la typhoïde (Deutsch. Med. Wochensch., n° 41, 1909).

CONRADI, FORSTER, KAYSER. — Sur la présence du bacille d'Eberth dans le sang dès la période d'incubation, et son absence dans les fèces à cette période (Deutsch. Med. Wochensch.).

COLLET et LESIEUR. — Typhoïde avec début méningitique (Soc. méd. Hôp. de Paris, 12 mai 1911).

CAUSSADE, PHIPPS et MILHIT. — Toxi-infection éberthienne. Pneumonie à bacille d'Eberth, au douzième jour d'une typhoïde normale (Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. Paris, 19 juin 1910).

DUCLOS. — Complications osseuses dues au bacille d'Eberth. Thèse de Paris, 1895.

DABOUT. — Formes méningitiques de la typhoïde. Thèse de Paris, 1902.

DURAND. — Albuminurie dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1876.

DENÉCHAU. — Archives médicales d'Angers, 1910.

FRANÇOIS. — Appendicite et typhoïde. Thèse de Paris, 1904.

FLORANGE. — Manifestations osseuses et articulaires de la typhoïde. Thèse de Paris, 1902.

FORGENOL. — Diagnostic entre typhoïde et méningite cérébro-spinale. Thèse de Paris, 1871.

FLESSINGER, ROBIN (A.) et WEILL. — Syndrome hémorragique au cours de typhoïde bénigne (Sem. médicale, 14 décembre 1910).

FAROG. — Septicémies éberthiennes non dothiéntériques. Formes cardiaques des septicémies simples. Thèse de Paris, 1909.

GALLIARD et BAUFLE. — Obs. de laryngo-typhus (Société méd. des Hôp. de Paris, 2 décembre 1910).

- GOUJET. — Néphrite hémorragique et pleurésie éberthienne sans manifestations intestinales.
- Pleurésie éberthienne (Bulletin de Soc. méd. des Hôp. de Paris, 9 décembre 1911).
- GUINON et GENDRON. — Ictère grave au début d'une typhoïde chez un enfant sans épidémie familiale (Sem. méd., 21 déc. 1910).
- HAGENMULLER. — De la cholécystite dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1876.
- JAURANVRE (DE) — Tachycardie typhoïdienne. Forme cardiaque de la typhoïde sans lésions du myocarde. Thèse de Lyon, 1900.
- KUMMER et TAVEL. — Thyroïdite éberthienne. Revue de chirurgie, 1891, p. 501.
- LESIEUR et MARCHAND. — Érythèmes polymorphes éberthiens sans dothiénenterie (Province médicale, 20 janvier 1912).
- LESIEUR (Ch.). — Néphrite aiguë à bacille d'Eberth avec état typhoïde sans manifestations intestinales (Soc. méd. des Hôp. Paris, 2 février 1911).
- Hémiplégie par imprégnation toxique de l'écorce cérébrale chez un typhique au troisième septénaire (Presse médicale, 1^{er} janvier 1908).
- LAVAL (A.). — Typhoïde et méningisme. Thèse de Paris, 1899.
- LAFOND. — Contribution à l'étude de la forme moyenne des septicémies éberthiennes simples. Thèse de Montpellier, 1910.
- LEMIERRE et ABRAMI. — Élimination par le foie des bacilles typhiques du sang (Presse médicale, 20 octobre 1907).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Ictère infectieux dans la période d'état de la typhoïde. Cholécystite aiguë dans la convalescence, mort de pneumonie après rechute (Presse médicale, 26 mai 1909).
- LEREBOULET. — Typhoïde à début de méningite cérébro-spinale (Semaine médicale du 28 décembre 1910).

- MOYSARD. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 1899, p. 485.
- MORELLET. — Typhoïde et phlébite. Thèse de Paris, 1908.
- MANENS. — Pyélonéphrites dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1911.
- MARSAN. — Forme rénale de la typhoïde. Thèse de Paris, 1895.
- MOLL. — Bénignité spéciale de la typhoïde chez les enfants (Presse médicale, 27 avril 1907).
- MICHEL. — Typhoïde des vieillards. Thèse de Montpellier, 1884.
- MINEFF. — Début de la typhoïde par torticolis. Thèse de Paris, 1910.
- MORRISSET, MAURIGNARD et THÉVENOT. — Anémie grave. Complication dans l'état éberthien (Soc. méd. Hôp. de Paris, 1906, p. 602).
- MOUTIER. — Formes pulmonaires de la typhoïde. Thèse de Paris, 1902.
- PHILIPPON. — Complications ostéo-périostiques de la typhoïde. Thèse de Lyon, 1909.
- POLITZER. — Typhoïde ayant débuté par néphrite aiguë (Sem. méd., 20 déc. 1911).
- PISSAVY. — Typhoïde débutant par néphrite hémorragique (Presse méd., 7 déc. 1910).
- PICK. — Suppuration des glandes génitales chez l'homme dans un cas de typhoïde mortelle. Homme de trente-trois ans mort d'hémorragie au vingt cinquième jour. Inflammation hémorragique et purulente de la prostate et de la rate (Sem. méd., 13 juill. 1910).
- POISOT. — Forme érythémateuse bénigne ou grave, épidémique ou isolée à une période quelconque de la typhoïde. Thèse de Paris.
- PAISSEAU et TIXIER. — Hyperesthésie dans la typhoïde chez un enfant de neuf ans du service du Dr Hutinel (Presse méd., 22 mai 1909).
- PICHARD. — Érythèmes scarlatiniformes dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1904.

PILAROUQUE. — Embolies et infarctus pulmonaires dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1902.

QUÉNU et DUVAL. — Infections secondaires de la vésicule biliaire dues à l'Eberth (Compte rendu du Congrès de Chirurgie de Bruxelles, 1911).

RIBARDEAU-DUMAS et BLANC. — Pneumo-typhus.

SERGEANT et RIBARDEAU-DUMAS. — L'Opothérapie surrénale (Journal méd. français, nov. 1911).

SERGEANT. — Lésions scléreuses des surrénales dans les maladies infectieuses (Journal médical français, nov. 1911).

— Surrénalité scléreuse d'origine infectieuse et insuffisance surrénale lente (Arch. méd. 5 janv. 1901).

— Insuffisance surrénale aiguë et les maladies infectieuses (Presse médicale, 1^{er} oct. 1912).

— Insuffisance surrénale et fièvre typhoïde (Journal de Médecine et de Chirurgie, 25 oct. 1912).

SACQUEPÉE. — Considérations sur le méningo typhus (Soc. méd. Hôp. Paris, 6 juill. 1911).

— Néphrite de début et pleurésie de convalescence (Soc. méd. Hôp. Paris, 29 déc. 1910).

— Le Phénomène de la ligne blanche. L'Hypotension artérielle et l'insuffisance surrénale (Soc. méd. des Hôp. Paris, 6 juillet 1906).

SAMPTON. — Typhoïde chez le veillard. Thèse de Paris, 1902.

SCHLESINGER. — Hématémèse et hyperthermie, seuls symptômes d'une infection par l'Eberth (Presse méd., 30 mars 1907).

— Jeune fille morte de gastrorragie au début d'une typhoïde (Presse méd., 17 août 1907).

SACQUEPÉE. — Ictère par rétention avec hémoculture positive au cinquième jour par évolution d'une typhoïde normale (Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. Paris, 23 déc. 1910).

SAVY et DELACHÉNAL. — Ictère grave éberthien sans typhoïde (Presse méd., 26 déc. 1908).

- SAINT-GIRON et ACHARD. — Forme hémorragique de la typhoïde (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 16 février 1912).
- SAVATIER (G.). — Typhoïde et ostéomyélite. Thèse de Paris, 1895.
- STEPOWSKI. — Typhoïde et endocardite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1909.
- SICARD et GUTMANN. — Suite de typhoïde bénigne (Paris méd., 20 janvier 1912).
- VAQUEZ et ESMEIN. — Anémie. Complication d'une typhoïde (Presse médicale, 6 fév. 1907).
- WEILL. — Hématurie, purpura chez un typhique (Sem. méd., 21 fév. 1912).
- WEILL (André). — Typhoïde légère à début méningitique avec hypertension artérielle (Sem. méd., 2 août 1911).
- TRÉMOLIÈRES et TOURAIN. — Septicémie éberthienne à type méningé (Bull. de la Soc. méd. des Hôp. Paris, 16 déc. 1910).
- Typhoïde à début par symptômes de méningite cérébro-spinale (Sem. méd. du 21 décembre 1910).
- WOIMANT. — Péritonite sans perforation dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1911.

